



**UNIVERZITA KARLOVA**  
**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

**Lenka Korfelová**

**Multikulturní komunikace na jednotce intenzivní péče**

**Multicultural communication on the intensive care unit**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Kordulová

Praha, 2019

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím/~~Nesouhlasím~~ s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 17. 4. 2019

LENKA KORFELOVÁ

.....

Podpis

**Identifikační záznam**

KORFELOVÁ, Lenka. Multikulturní komunikace na jednotce intenzivní péče. [Multicultural communication on the intensive care unit]. Praha, 2018. 64 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.) Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kordulová, Pavla.

## ABSTRAKT (v čj)

Tématem práce je ošetrovatelský proces z pohledu multikulturního ošetrovatelství u pacienta-cizince v kritickém stavu na jednotce intenzivní péče. S ohledem na nárůst turismu a počet přistěhovalců v České republice je zjevné, že počet pacientů-cizinců bude stoupat. Problematika společné komunikace a etnokulturního vlivu na ošetrovatelství se stává globálním problémem. V intenzivní péči hraje svou roli ohrožení pacientů na životě, stres a nutnost rychlého rozhodování ze strany pacientů i zdravotníků.

V teoretické části práce jsou objasněny základní pojmy spojené s multikulturním ošetrovatelstvím, legislativní rámec této problematiky a otázka komunikace s cizinci v intenzivní péči. Jsou zde definovány jazykové bariéry a způsoby jejich překonávání.

**Metodika:** Pro svou bakalářskou práci jsem vybrala metodu případové studie. Z pohledu multikulturního ošetrovatelství byla zpracována kazuistika francouzského pacienta, který byl hospitalizován v kritickém stavu na jednotce intenzivní péče. Základem práce bylo uplatnění teoretických poznatků asociace Transcultural Nursig, porozumění vlastním kulturním hodnotám a přesvědčením. Pro tuto práci byl využit výstup dvouletého projektu zpracovaného pro MZČR *Integrace cizinců aneb o překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*, který umožňuje získat jednoduchý a ucelený plán kulturně ohleduplné péče o pacienta.

**Cíl práce:** Demonstrovat kulturní a především komunikační bariéry a jejich překonávání u pacienta z evropské velmoci hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče.

**Výsledky:** Nalezení společného způsobu komunikace a možnost aplikovat výstup práce během ošetrovatelské péče o další pacienty-cizince.

**Závěr:** Objektem ošetrovatelského procesu je vždy pacient jako celek. Přístup k němu je tedy vždy holisticky pojatý. Posouzení, pochopení a zohlednění kulturních a komunikačních potřeb pacienta-cizince nám výrazně usnadní spolupráci a porozumění během ošetrovatelské péče a léčby samotné.

**Přínos:** Výstupem této práce jsou *Komunikační karty francouzských výrazů ošetrovatelství v intenzivní péči*, a to včetně výslovnosti. Sestry by je mohly využít pro zajištění základní komunikace s pacientem tak, aby jim usnadnil překonání jazykové bariéry a pomohl jim při vykonávání ošetrovatelské péče a léčebných úkonů.

**Klíčová slova:** multikulturní ošetrovatelství, pacient-cizinec, jazyková bariéra, komunikační bariéra, komunikační karta

## ABSTRACT (v AJ)

The theme of the theses is the nursing process from the point of view of multicultural nursing care of the patient-foreigner in a critical condition admitted to the intensive care unit. Considering the rise of tourism and the number of immigrants in the CR, the increasing number of patients-foreigners can be expected. The mutual communication and the impact of ethno-cultural influence on nursing is becoming a subject of the global interest. Patients' life threatening, stress, and a necessity of prompt and swift decision-making both by patients and health care professionals play a role in the intensive care.

The theoretical part of the theses explains the basic concepts associated with multicultural nursing, the legislative framework of the nursing process and the topic of communication with foreigners in an intensive care. The language barriers and ways of overcoming the barriers are defined in this part.

**Methodology:** I chose the case study method for my bachelor theses. A case report of a French patient hospitalized in a critical condition in an intensive care unit was processed from the point of view of multicultural nursing. The basis of the work was the application of theoretical knowledge of the Transcultural Nursing Society and deep insight and understanding my own cultural values and beliefs. The output of two-years project prepared for the Ministry of Health of Czech Republic, titled *Integration of Foreigners, and Overcoming the Communication and Cultural Barriers in the Patients Care of Members of Another Ethnicities or Cultures*, was used as a source for the theoretical part of my work. That allows, getting a clear and comprehensive care plan of culturally considerate patients care.

**Aim of the work:** To demonstrate the cultural and especially the communication barriers, and overcoming those barriers by particular patient-foreigner hospitalized in an intensive care unit, coming from one of the European superpowers.

**Results:** Finding a common and mutual way of communication, between patient and nurse the possibility applying the work, in nursing care for other patients-foreigners.

**Conclusion:** The subject of a nursing process is the patient always accepted as a whole person. Thus the attitude to the patient is fully holistic. Assessing, understanding and consideration the cultural and communication needs of a patient-foreigner, will greatly facilitate cooperation and understanding during nursing care and treatment itself.

**Benefit:** The outputs of this work are the *Communication cards of French nursing care terms for ICU*, including the pronunciation. Nurses can use the cards to perform the basic communication with the patient to help them overcome the language barriers during providing the nursing care and therapeutic actions.

**Key words:** Multicultural nursing, a patient-foreigner, a language barrier, a communication barrier, a communication card

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala především paní Mgr. Pavle Kordulové. Její odborné vedení, zkušenosti, systematická práce a čas byly pro mne cennou devizou pro napsání této práce. Také bych ráda poděkovala za podporu své rodině, pracovnímu kolektivu a přátelům.

# Obsah

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Úvod .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>2. Současný stav poznání.....</b>                                      | <b>10</b> |
| 2.1. Multikulturní ošetrovatelství.....                                   | 10        |
| 2.2. Základní pojmy .....   | 11        |
| 2.3. Legislativa .....  | 15        |
| 2.4. Komunikace .....   | 17        |
| 2.4.1. Verbální komunikace .....  | 19        |
| 2.4.2. Neverbální komunikace .....  | 20        |
| 2.4.3. Specifika komunikace v intenzivní péči .....                       | 23        |
| 2.4.4. Specifika komunikace s cizinci .....                               | 24        |
| 2.4.5. Jazykové bariéry a náhradní komunikace .....                       | 27        |
| 2.4.6. Kulturní a komunikační rozdíly mezi Čechy a Francouzi .....        | 33        |
| <b>3. Použité metody.....</b>   | <b>35</b> |
| 3.1. Případová studie.....  | 35        |
| 3.2. Metodologie .....  | 35        |
| 3.3. Etické aspekty.....  | 35        |
| 3.4. Ošetrovatelský proces .....  | 36        |
| <b>4. Případová studie .....</b>  | <b>38</b> |
| 4.1. Základní informace o pacientovi .....                                | 38        |
| 4.2. Lékařská anamnéza a diagnózy .....                                   | 38        |
| 4.3. Průběh hospitalizace .....   | 41        |
| Plazmaexpandéry.....  | 42        |
| 4.4. Ošetrovatelská anamnéza .....  | 47        |
| 4.5. Ošetrovatelský proces z pohledu multikulturního ošetrovatelství..... | 49        |
| 4.5.1. Posuzování.....  | 50        |
| 4.5.2. Stanovení ošetrovatelských diagnóz .....                           | 51        |
| 4.5.3. Plán a realizace ošetrovatelské péče .....                         | 52        |
| <b>5. Diskuse .....</b>   | <b>58</b> |
| <b>6. Závěr.....</b>  | <b>60</b> |
| <b>7. Seznam použité literatury.....</b>                                  | <b>61</b> |

## Seznam zkratk

**Seznam tabulek**

**Seznam obrázků**

**Seznam příloh**



## 1. Úvod

K tématu práce mne přivedly dlouholeté zkušenosti z praxe na intenzivní péči. Komunikace je zde spojena především s pacienty, kteří jsou ve velmi vážném stavu a jsou ohroženi selháním některé ze základních životních funkcí. Často se zde setkáváme s pacienty s poruchou vědomí, v uměle navozeném spánku, s pacienty neklidnými, dezorientovanými či agresivními. Situace mohou být nepřehledné, vypjaté a velmi stresující. Mnohem náročnější jsou tyto situace pro všechny zúčastněné, jedná-li se o pacienty-cizince. Nemusí to být ani příslušníci odlišného etnika, kultury či víry. Také národy nám blízké z celé Evropy čelí komunikačním bariérám a nedorozuměním, která jsou s jejich hospitalizací spojená.

Na základě informací Českého statistického úřadu k 31. 12. 2017 činil počet cizinců žijících na území České republiky déle než dvanáct měsíců 4,8 % z celkového počtu obyvatel. Počet cizinců každým rokem stoupá. Jejich počet včetně azylantů se koncem loňského roku pohyboval na hranici 530 000 osob. Nejpočetnější skupinu tvoří cizinci z Ukrajiny, Slovenska, Vietnamu, Ruska, Německa a Polska. Také k nám podle tiskové zprávy Českého statistického úřadu přijelo v roce 2017 nejvíce turistů od počátku tisíciletí. Na našem území bylo ubytováno téměř 16 000 000 turistů. Nejvíce turistů, kteří zamířili do naší země, je ze sousedního Německa, Slovenska a Polska. Dále z Číny, Ruska a Koreje. Nárůst je ale i z ostatních zemí celého světa. Je možné předpokládat, že v budoucnu tento počet ještě vzroste. Je velmi pravděpodobné, že někteří z těchto cizinců využijí služeb českého zdravotnictví a sestry s nimi během poskytování ošetrovatelské péče budou muset komunikovat (In: ČSÚ, 2018).

V teoretické části práce se zaměřím na vysvětlení základních pojmů spojených s multikulturním ošetrovatelstvím, na legislativní rámec této problematiky, ale především na problematiku komunikace: komunikaci v intenzivní péči, komunikaci s cizinci, jazykové bariéry a jejich překonávání.

V případové studii prezentuji pacienta francouzské národnosti po poranění páteře, a to v období počátků navazování komunikace s tímto pacientem. Mým zájmem je zviditelnit problematiku pacienta z evropské velmoci, který komunikuje především svým mateřským, byť světovým jazykem.

Má práce, jak doufám, přiměje k zamyšlení nad touto aktuální problematikou, nad potřebou se vzdělávat v jazykových dovednostech a znalostech o jiných kulturách. Příložený slovník by mohl posloužit sestrám během jejich práce s francouzskými pacienty.

## 2. Současný stav poznání

Problematika komunikace mezi kulturami je aktuální po celém světě a v každém oboru. Na počátku 21. století se vývoj lidstva posouvá více než dříve za hranice jednotlivých států. Dříve individuální národní problematika se stává globální. V každé zemi je možné se setkat s vlivem na ekonomiku, politiku, ale i kulturu dané země. Dochází k celosvětovému propojení a pohybu lidí, zboží i samotných myšlenek. Lidé i zboží cestují pomocí vybudované infrastruktury. Myšlenky pak pomocí multimediálního světa. Každá synergie, každé spojení má svůj vliv na společnost i jednotlivce (Mikoláš, 2017).

Celosvětový nárůst obyvatelstva, vznik nadnárodních společností, pohyb osob za prací či migrace lidí z politických důvodů atd. jsou faktory otevírající nová celosvětová témata spojená s tímto globálním jevem (Olišárová, 2017).

### 2.1. Multikulturní ošetřovatelství

Ve zdravotnictví dochází ke konfrontacím s lidmi z jiných kulturních oblastí, s odlišnou vírou a pohledem na zdraví a nemoc. Mění se spektrum pacientů, personálu, ale i nemocí se kterými se v dané oblasti setkáváme. Je potřeba vnímat podobnosti i rozdíly mezi kulturami a předcházet případným nejasnostem a nedorozuměním (Olišárová, 2017).

V rámci ošetřovatelského procesu se snažíme poskytnout pacientovi holistickou péči, která je kvalitní, plánovaná, kontinuální a hlavně zaměřená na uspokojování potřeb pacienta. Je kladen důraz na spoluúčast pacienta, na jeho spolupráci. V transkulturním ošetřovatelství to platí rovněž (Tóthová, 2014).

Teorie transkulturního ošetřovatelství a přístupů ke klientům z odlišných kultur je relativně nová. V polovině šedesátých let 20. století se stala Madeleine Leiningerová její zakladatelkou. Teorie transkulturního ošetřování byla začleněna do vzdělávání sester. Sestry dnes získávají hlubší vědomosti o hodnotách lidského života z pohledu kulturních rozdílů a aplikují je ve své klinické praxi (Giger, 2013).

Madeleine Leiningerovou k myšlence kulturně specifické péče přivedly její zkušenosti z praxe na psychiatrické jednotce, kde se setkávala s pacienty dětského věku s různou národností, ale také vzestup migrace, nárůst ekonomického a technologického pokroku a 2. světová válka. Její myšlenka ovlivnila další osobnosti při jejich práci, výzkumech a zavádění do praxe po celém světě. V roce 1974 vznikla mezinárodní Asociace transkulturního ošetřovatelství ***Transcultural Nursing Society***, která od roku 1989 vydává časopis *Journal of Transcultural Nursing*. Zájem o tuto problematiku podnítil vznik dalších asociací (Špirudová et al., 2004).

Špirudová rovněž ve své práci specifikuje pojem transkulturní a multikulturní, které se u nás používají jako synonyma. **Multikulturní** označuje samostatné kultury, které jsou vedle sebe, aniž by se ovlivnily, avšak jako **transkulturní** je chápáno překročení hranice mezi kulturami, jejich vzájemné ovlivnění a nalézání společných prvků. V české literatuře je více používaný pojem multikulturní ošetrovatelství (Špirudová et al., 2004).

V České republice vznikl v roce 2002 dvouletý výzkumný projekt pro Ministerstvo zdravotnictví ČR **Integrace cizinců aneb o překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur**, který zaštiťoval Ústav teorie a praxe ošetrovatelství LF Univerzity Palackého v Olomouci ve spolupráci s ostatními ústavy univerzity a Fakultní nemocnicí Olomouc. Cílem projektu bylo zlepšení transkulturní péče o pacienty v lůžkových zařízeních v České republice (Špirudová et al., 2004).

Podporu transkulturního ošetrovatelství v Evropě zaštiťuje Evropská transkulturní asociace **European Transcultural Nursing Association ETNA**, která vznikla v únoru 2005 během konference v italské Modeně. Českou republiku v této asociaci zastupuje paní profesorka Valerie Tóthová z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V příštím roce se uskuteční 6. mezinárodní konference ETNA „THE NURSING CURRICULUM NEEDS A CULTURAL REVOLUTION: THE WHY, THE HOW, THE WHAT AND THE WHEN OF A GLOBAL CULTURALLY COMPETENT CURRICULUM“, a to u nás v Českých Budějovicích (University of South Bohemia, 2018).

## 2.2. Základní pojmy

Jedním z hlavních cílů je zajistit sestřám vzdělání tak, aby získaly potřebné znalosti. Zlepšení orientace v této problematice usnadní a zkvalitní poskytování kulturně kompetentní péče (Giger, 2013).

V této části své práce se pokusím objasnit několik základních pojmů, které se váží k tomuto tématu. Většina pojmů není jednoznačně definována. Vybírala jsem definice, které jsou vhodné.

- **Kultura** – je velmi pestrý a rozsáhlý pojem od projevů lidského chování přes hmatatelné výtvary lidského snažení až po ty duchovní. Dotýká se náboženství, zvyků, politiky, práva, společenských norem a chování, ale i prostředí, které nás obklopuje. Kultura se přenáší z generace na generaci a je dána tradicemi, vzděláním, životními zkušenostmi, chápáním hodnot i výchovou. V ošetrovatelství se nás nejvíce dotýkají morální postoje a hodnotový systém dané kultury. Každá kultura má jinou představu o tom, co je „normální“, postoj ke zdraví a nemoci, k tomu, kdy je zapotřebí vyhledat lékaře, k léčbě samotné, k vnímání bolesti, k umírání a vyrovnávání se se smrtí. Způsob

vyjadřování, různá gesta, mimika, ale i způsob oblékání či konzumace jídla mohou být pro člena jiné kultury zcela matoucí až neslušná (Kutnohorská, 2013).

Členy kultury pojí jednotný jazyk, způsob myšlení, názory, tradice, rituály (křest, pohřeb), hodnoty, vzorce chování, způsob předávání informací či náboženství (Kutnohorská, 2013).

Kultura řídí naše myšlení, naše činy a stává se vyjádřením toho, kým jsme. Kulturní hodnoty byly přijaty v průběhu času a jsou pro každou kulturu jedinečné. Vytváří se jako přímý důsledek požadavků, způsobů jednání a poznatků a často v dané kultuře přetrvávají mnoho generací (Giger, 2013).

Kultura je v určitém smyslu upřednostňování. Daná kultura se vidí jako „ta správná“ a možná i lepší než jiné. Lze z toho vnímat určitou nadřazenost. Z pohledu multikulturního cítění je to však velmi relativní vnímání. Multikulturní společnosti se snaží o soužití různých kultur v rámci jedné společnosti. Snaží se tolerovat a respektovat rozdíly. Jedná-li se o velmi odlišné kultury, dochází mezi nimi ke kolizím praktik a hodnot, např. rovnost pohlaví, řešení sporů, apod. (Křížová, 2018).

Jak již bylo řečeno, vliv kultury je možné vnímat také v pojetí zdraví, nemoci, léčby či smrti. Hmotné kulturní a estetické prvky nalézáme v technickém a materiálním vybavení, vzdělání, lécích, v architektonickém uspořádání nemocničních objektů, využití softwaru, v dokumentaci, v komunikačních pomůckách, ale i v pestrosti barevné realizace jednotlivých pracovišť či oděvů zaměstnanců. Moderní společnost využívá technickovědeckého pokroku. Podíváme-li se na nehmotné prvky, narážíme na vývoj ve zdravotnictví v pojetí léčby od rozhodování lékaře po současnou léčbu, která se soustředí na autonomii jedince, na jeho potřeby a spoluúčast. Dalším kulturním prvkem jsou také rituály, které se opírají o vědecké a racionální poznatky. Jedná se o procesy, které mají za cíl pacienta informovat, uklidnit či mají upevnit jeho postoj. Mezi tyto procesy řadíme např. lékařské vizity. Kontakt s pacientem je důležitý pro zajištění důvěry, spolupráce, ujištění pozic a léčebných cílů (Křížová, 2018).

Znalosti současné medicíny se globálně šíří odborným tiskem, pomocí počítačových sítí, na sympóziích, kongresech a během vzdělávání dalších zdravotníků. Některé prvky se globálně sjednotily, a jiné si uchovávají svou specifičnost. Kulturní rozdíly lze vnímat např. ve vnímání bolesti, ve spolupráci, ve vnímání vlastní intimity, aj. Nejsou-li kulturní představy slučitelné nebo pochopené, dochází ke zbytečným omylům a konfliktům (Křížová, 2018).

Ošetřovatelství je projevem kultury společnosti. Hlavním objektem péče je samotný člověk ve své rozmanitosti. Empatie, lidskost a úcta nás provázejí při naplňování potřeb všech nemocných (Kutnohorská, 2013).

- **Etnická skupina a etnicita** – jeden z hlavních pojmů pro multikulturalismus. Etnicita je spojena s prvky dané kultury, materiálními i duchovními. Hovoříme-li o multikulturním přístupu, máme na mysli poznávání a hlavně respektování odlišných kultur, jejich etnické příslušnosti a vědomí, volního a emočního nastavení jednotlivce, jeho původu, teritoriální příslušnosti, znalosti, citění a vnímání, ale i jazyka a barvy kůže. Příslušnost k dané etnické skupině je předávána z generace na generaci. Příslušníci jednoho etnika nemusí být příslušníky jednoho národa (Olišarová, 2017).

Problematika menšin je v některých státech velmi aktuální. Při léčbě a ošetřování příslušníků odlišného etnika je vždy nutné být tolerantní a je důležité mít informace o dané skupině, o zvycích, náboženství či tradicích, aby nedocházelo ke zbytečným konfliktům (Kutnohorská, 2013).

- **Rasa** – tento pojem označuje skupinu lidí, která se vyznačuje podobnými fyzickými znaky. Je dána vlivem geografického prostředí a dědičností. Mezi tyto znaky patří např. barva pleti a stavba těla (Olišarová, 2017).

- **Národ a národnost** – národnost je chápána jako příslušnost k určitému národu. Jedná se většinou o skupinu jedinců na určitém území, se společnou historií, jazykem, tradicemi a zvyky, ale také se společným politickým zřízením a ekonomikou. V rámci multikulturálního vnímání je možné v každém národu rozlišit **majoritní a minoritní etnické skupiny**. Jedná se o dominantní a menšinové skupiny osob na daném území, v daném státě. Všechny skupiny jsou však povinny dodržovat zákony daného státu a zároveň si dle politiky státu uchovávají vlastní kulturní tradice. Velký rozdíl zde v Evropě nalézáme například mezi politikou ve Francii a v Německu (Olišarová, 2017).

- **Pluralismus** – pod tímto pojmem je zahrnut teoretický princip soužití skupin tak, aby byly respektovány normy a hodnoty těchto skupin. Je nutné je považovat za rovnocenné (Kutnohorská, 2013).

- **Tolerance** – v multikulturním pojetí jde především o morální hodnotu respektování kulturních hodnot, zvyků a norem člověka. Respektování úcty a důstojnosti. Respektování odlišnosti, přesvědčení, práva a svobody druhých při zachování vlastních hodnot a přesvědčení. V ošetřovatelství je často nutné objasnit si situace, které by mohly být střetem zájmů. Důležité je poznat a pochopit především denní rituály a způsoby péče dané kultury. Jak již bylo řečeno výše, každá kultura má jinou představu o tom, co je „normální“ (Kutnohorská, 2013).

- **Etika** – hovoříme-li o etice v medicíně a ošetřovatelství, máme na mysli morálku, která nás každý den při vykonávání práce doprovází. Jsou to pravidla a normy, které určují naše chování a jednání (Heřmanová, 2012).

Péče by měla být:

- spravedlivá – bez ohledu na kulturu, rasu, etnikum či postavení pacienta.
- prospěšná – pro pacienta s ohledem na jeho potřeby. I nečinností může dojít k zanedbání péče.
- důvěryhodná – sestra zaujímá postavení obhájce pacienta. Příkladem může být povinná mlčenlivost.
- pravdomluvná – vůči sobě i klientům (Ralbovská, 2009).

Hlavním principem ošetrovatelské etiky je bez pochyby zachování **autonomie**. Právo pacienta se svobodně a samostatně rozhodnout. Etické normy jsou podepřeny v právních ustanoveních na základě etických kodexů, které byly v naší zemi přijaty (Heřmanová, 2012).

Jiří Mareš uvádí pět obecných principů lékařské etiky, které by měly být každým zdravotníkem dodržovány:

- již zmiňovaná autonomie
  - pacientovi neuškodit
  - prospět pacientovi poskytováním péče
  - nezapomínat na důsledky, které péče přinese pacientovi do budoucna
  - a v neposlední řadě zajištění ekvity – tedy rovnosti pacientů při poskytování péče (Bartůněk et al., 2016).
- 
- **Stereotypy a předsudky** – lze definovat jako představy nebo postoje jedné skupiny lidí o jiné. Předsudky ovlivňují hodnocení těchto osob, často v negativním smyslu. Dědí se z generace na generaci a není lehké je ovlivnit (Kutnohorská, 2013).
  - **Kulturní šok** – již pojem šok napovídá, že jde o zatěžující stresovou situaci. S největší pravděpodobností jde o negativní zážitek. Kulturním šokem označujeme takovou situaci, při níž se jedinec-cizinec dostává do nového či neznámého prostředí, do cizí země. Setkává se nejen s odlišným jazykem, zvyky a mentalitou, ale již pouhý styl oblékání, stravování a skladba jídel, klimatické podmínky, architektura či temperament ostatních jedinců mají vliv na prožívání nové situace. Cizinec může být z nové země zpočátku nadšen. Později přichází pocity frustrace a cizinec je nucen se na změnu adaptovat. Poznává způsob a významy jednání ostatních, jejich normy chování, kulturní vzorce. Postupem času nabývá zkušenosti a pocit dezorientace střídá odhodlání a chuť kulturního učení. Díky přizpůsobení se a získaným znalostem je cizinec schopen se začlenit a orientovat v novém prostředí. Paradoxně obdobnou situaci může cizinec zažít rovněž po návratu z dlouhodobého pobytu do rodné země (Kutnohorská, 2013).

- **Multikulturní kompetence** – je možné pojmout z různých pohledů. Z pohledu celého systému, daného zařízení, ale především z pohledu konkrétního jednotlivce. Jedná se o schopnost poskytovat zdravotnické služby pacientům, kteří se odlišují svými hodnotami či náboženstvím. Jejich zdravotní chování se odlišuje od chování jedinců v dané zemi. To, že je někdo kulturně kompetentní, můžeme říci o jedinci, který je schopný se přizpůsobit odlišnému kulturnímu, jazykovému i sociálnímu prostředí pacientů, a to jak ve zdravotní péči, tak i v komunikaci (Ptáček, 2011).

Průcha tyto kompetence popisuje jako jazykovou vybavenost jednotlivců a respektování specifik našich kulturních partnerů. Jde o vnímání rozdílů, jejich chápání a adekvátní chování vůči příslušníkům jiných kultur. Zároveň uvádí, že v současné době je tato kompetentnost již požadována pro výběr u mnohých povolání (Průcha, 2010).

Světová asociace Transcultural Nursing iniciovala v roce 2010 vytvoření **standardů pro kulturní kompetentnost** ve zdravotnické péči. Každý z dvanácti standardů je jasně definován a zahrnuje i návrhy na jeho implementaci do praxe. Jedná se o:

- sociální spravedlnost
- kritickou reflexi
- znalost kultur
- kulturně kompetentní praxi
- kulturní kompetence ve zdravotnických systémech a organizacích
- advokacii a posílení pacientů
- multikulturní pracovní sílu
- vzdělávání a školení v kulturně kompetentní péči
- křížovou komunikaci
- kulturní vedení
- rozvoj politiky
- praxi založenou na důkazech a výzkumu (In: Transcultural Nursing Society, 2010).

### 2.3. Legislativa

10. 12. 1948 byla vyhlášena na Valném shromáždění Organizace spojených národů **Všeobecná deklarace lidských práv** (In: UNIC, 2015).

Dne 21. 2. 1991 byla v Madridu podepsána (v té době Českou a Slovenskou Federativní Republikou) **Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod**, která byla sjednána v Římě 4. 11. 1950 (In: European Court of Human Rights: Council of Europe, 2013).

16. 12. 1992 předsednictvo České národní rady přijalo **Listinu základních práv a svobod** jako ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998. Tato listina se dotýká i oblasti medicínského práva.

- Článek 6 se týká práva na ochranu života.
- Článek 7 se týká nedotknutelnosti a zaručení soukromí.
- Článek 8 se týká zaručení osobní svobody. Podmínky ústavní péče bez souhlasu jsou blíže definovány zákonem.
- Článek 10 se týká lidské důstojnosti a ochrany osobních údajů.
- Článek 15 a 16 se týká svobody vyznání a zachovávání náboženských obřadů.
- Článek 24 a 25 se týká národních a etnických menšin.
- Článek 31 se týká práva na ochranu zdraví (In: MV, 1993).

**Mezinárodní rada sester – International Council of Nurses (ICN)** v roce 1953 poprvé přijala **Mezinárodní etický kodex pro sestry**. Během let prošel opakovaně revizemi a dalšími přijetími. Poslední revize proběhla roku 2000.

Od 29. března 2003 byl tento Etický kodex ICN přijat skrze **Českou asociaci sester (ČAS)** i v naší zemi. Ve čtyřech hlavních článcích jsou zde vymezeny normy etického chování. Dotýká se respektování základních lidských práv: práva na život, na důstojnost, na zacházení s úctou, práva na ochranu soukromí, na informace, a to bez ohledu na věk, barvu pleti, na vyznání, kulturu, nemoc, postižení, pohlaví, národní příslušnost, politickou orientaci, rasu či společenské postavení člověka (In: ČAS, 2003).

**Koncepce ošetřovatelství** je od roku 2004 v České republice upravena věstníkem ministerstva zdravotnictví č. 9. Tato metodická opatření slouží pro jednotné poskytování ošetřovatelské péče. Ošetřovatelství je zde definováno jako samostatná vědecká disciplína, která se zaměřuje na „*aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. ... Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelkou péči*“ (In: MZČR, 2004).“

6. 11. 2011 byl v České republice přijat **zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011**. Část čtvrtá upravuje postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Hlava I specifikuje práva a povinnosti pacienta a jiných osob.

#### **Práva pacienta:**

§ 28 – zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak. Pacient má právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných služeb.



§ 30 – upravuje právo na dorozumívání způsobem, který je pro něj srozumitelný, ať už se jedná o dorozumívací prostředky či tlumočení druhou osobou, a to i v případě cizího jazyka.

§ 31 – uvádí, že informace o zdravotním stavu, příčině a původu nemoci, o důsledcích i rizicích navrhované léčby a možných alternativách musí být dostatečné a srozumitelné.

§ 34 – se týká poskytování zdravotních služeb se souhlasem. Definuje, kdy je souhlas považován za svobodný a informovaný, i kdy je vyžadována jeho písemná forma. Vymezuje podávání informací a odvolání již podaného souhlasu

§ 38 – vymezuje podmínky spojené s hospitalizací pacienta a poskytování služeb bez jeho souhlasu a případné použití omezovacích prostředků (In: MV, 2011).

**Občanský zákoník** č. 89/2012 Sb. uvádí mimo jiné definici soukromého práva a jeho ochrany, stanovení či omezení svéprávnosti, ochranu osobnosti člověka, podoby a soukromí, právo na duševní a fyzickou integritu a zásah do ní, práva člověka převzatého do zdravotnického zařízení bez jeho souhlasu, atd. (In: MV, 2012).

Ochrana osobnosti a soukromí je rovněž zahrnuta v **trestním zákoníku** č. 40/2009 Sb. (In: MV, 2009).

## 2.4. Komunikace

Komunikace je určitá forma spojení a vzájemné interakce mezi lidmi za účelem předání a přijetí informací. Nelze ji přesně definovat (Vybíral, 2009).

K výměně informací během komunikace dochází mezi dvěma či více subjekty, a to pomocí komunikačních prostředků, které jsou srozumitelné pro všechny strany. Každý člověk ji potřebuje k vytvoření a udržení vztahu s ostatními jedinci. Během komunikace jsou komplexně zapojeny smyslové orgány a mozek. Svou roli zde hrají i emoce a motivace zúčastněných stran (Friedlová, 2015).

Komunikační proces tvoří pět hlavních složek:

- komunikátor – zdroj sdělení – mluvčí
- komunikant – příjemce sdělení – který se snaží porozumět
- komuniké – informace – signál či zpráva
- zpětná vazba – důkaz o přijetí informace
- kontext – prostředí – situace, které ovlivňuje význam zprávy (Tomová, 2016).

Bez schopnosti vnímat, analyzovat a příslušným způsobem reagovat nemůže probíhat žádná komunikace. My lidé máme potřebu komunikovat. Úskalím je komunikovat moci a umět (Friedlová, 2015).

Interpersonální komunikace slouží k vyjádření sebe. Má svůj účel. Díky komunikaci člověk poznává, získává informace, instrukce, začleňuje se do společnosti i z ní uniká. Komunikace nás může motivovat i paralyzovat. Může nám přinést zábavu i sblížení. Pro někoho je důležitá forma, a pro jiného spíše obsah. Sociální stránka komunikace je nenahraditelná. Má vliv na naše fyzické i emocionální zdraví (Zacharová, 2016).

Komunikace může být ovlivněna mnoha faktory:

- fyzickým zdravím a emoční pohodou
- situací, o níž se diskutuje, a jejím významem
- narušením komunikačního procesu
- znalostmi o dané problematice
- komunikačními dovednostmi
- postoji vůči druhé osobě a tématu, o němž se komunikuje
- osobními potřebami a zájmy
- pozadím včetně kulturních, sociálních a filozofických hodnot
- smysly a jejich funkční schopností
- osobními tendencemi k vynášení rozsudku nad druhými
- prostředím, ve kterém ke komunikaci dochází
- zkušenostmi související se současnou situací (Giger, 2013).

Komunikaci nejčastěji dělíme na verbální a neverbální. Nedají se však zcela rozdělit, protože jedna doplňuje tu druhou a je schopna ji i zastoupit. V některých situacích dochází k rozporu mezi mluveným slovem a chováním. V tom případě bude neverbální projev více věrohodný (Zacharová, 2016).

Ve zdravotnictví využíváme komunikaci interpersonální, intrapersonální a masovou. Jedná se o komunikaci mezi lidmi, o získávání informací z aktuální či starší dokumentace, ale také o předávání informací pomocí médií jako je televize, odborná literatura či informační leták (Zacharová, 2016).

Plevová ve své práci také uvádí komunikaci skupinovou, která je pro zdravotnictví rovněž typická. Týká se to například společných provozních jednání, velkých vizit nebo skupinové terapie. Dochází při ní k přímé výměně informací a názorů. Je možné vyslechnout si více názorů, projednat návrhy a možná řešení. Stanovit či upřesnit cíle, potvrdit si souhlas, roli a projevovat solidaritu (Plevová, 2011).

### 2.4.1. Verbální komunikace

Verbální komunikace je komunikací pomocí jazyka a slov. Rozlišujeme ji na komunikaci vokální neboli mluvenou, a písemnou. Každý jazyk se skládá ze symbolů. Má svou stavbu a zákonitosti. Slovo jako základní jednotka jazyka identifikuje předměty, vyjadřuje myšlenky, pocity, děje. Každé slovo má svůj samostatný význam, i význam při použití v kontextu s jinými slovy. Jazyk jsme schopni pochopit, porozumíme-li významu těchto slov, a to jak samostatně, tak ve větách či frázích (Plevová, 2011).

Mluvená řeč je výsledkem spolupráce kognitivních funkcí (myšlení, paměti), percepce (sluchu), fonace, schopnosti artikulace i vlastního dýchání (Plevová, 2011).

**Porucha řeči** může nastat poruchou kterékoliv z těchto funkcí. V mozkové kůře jsou asociační oblasti.

- Poškozením Brocova motorického centra dochází k poruše reprodukování řeči. Mluvíme o **motorické afázii**. Pacient rozumí mluvenému i psanému slovu, ale není schopen řeč reprodukovat.
- Poškozením Wernickeova senzorického centra dochází k poruše porozumění řeči, tedy k **senzorické afázii**. Postižený nerozumí ani mluvenému, ani psanému slovu, a to i přesto, že vidí a slyší a má zachovanou schopnost artikulace (Friedlová 2015).
- Verbální komunikaci také ovlivňuje porucha příjmu signálu, tedy **hluchota**.
- U poškození mozkovou aterosklerózou dochází k poškození **artikulace** až úplnému vymizení (Plevová, 2011).

Nedílnou součástí mluveného slova je i hlas samotný. **Hlas** je pro každého člověka charakteristický. Doplnuje verbální projev svým tónem, rychlostí, hlasitostí, intonací, plynulostí, pomlkami, důrazem na jednotlivá slova i výslovností. Rozdíly jsou také ve členění řeči, věcnosti či váhání. Tyto projevy označujeme jako paralingvistické. Mají velký vliv na posluchače a často mohou sdělovat více než informace samotná, a to i přes jazykovou a kulturní odlišnost (Plevová, 2011).

Mezi **komunikační dovednosti** pak řadíme kladení otázek, objasňování, projev porozumění, motivaci či logické shrnutí na závěr řeči (Janáčková, 2009).

Během kontaktu s pacienty je důležité hovořit:

- stručně
- jednoduše
- zřetelně
- se smyslem pro návaznost
- se snahou motivovat
- umět komunikaci vhodně načasovat

- a především umět komunikaci vhodně přizpůsobit situaci, tématu, záměru a osobě, se kterou se snažíme komunikovat (Plevová, 2011).

Jak jsem již zmiňovala, i v komunikaci s pacientem je potřeba dbát na přiměřenou hlasitost, rychlost řeči, výšku hlasu, délku projevu, intonaci a pomlky. Musíme si ověřit, zda pacient sdělované informace porozuměl, zda je nutné ji zopakovat, či vše vysvětlit jiným způsobem. Je vhodné ke každému pacientovi přistupovat individuálně a s úctou. Empatie a pozitivní přístup nám pomohou získat pacientovu důvěru, a komunikace samotná bude mnohem snadnější (Plevová, 2011).

Komunikaci lze označit za určitý druh péče. Za plnohodnotnou ji pokládáme, je-li komunikace oboustranná. Zdravotníci využívají komunikaci jako nástroj své každodenní praxe. Pacienty často informujeme, vedeme s nimi cílené i běžné rozhovory a především jim aktivně nasloucháme. Často pacienty konfrontujeme s terapeutickými možnostmi, objasňujeme jim souvislosti a důležité informace, edukujeme je a reflektujeme informace, které nám pacient sděluje. V neposlední řadě řešíme vzniklé konflikty a nedorozumění (Zacharová, 2016).

Ve zdravotnictví se komunikace může velmi významně lišit podle pacientova onemocnění, případného postižení a jazykové a etnické rozdílnosti (Plevová, 2011).

#### **2.4.2. Neverbální komunikace**

Vývojově starším způsobem komunikace je komunikace neverbální. Často ji označujeme jako řeč těla. Jde o signály, které člověk vysílá beze slov, a kterými se prezentuje. Na základě situace lze porozumět sdělovaným informacím, emocím, postojům, potřebám, záměrům jedince. Každý z nás má svůj způsob vyjadřování, které může ovlivnit jen částečně nebo pouze dlouhým tréninkem (Plevová, 2011).

Verbální i neverbální projevy se mohou shodovat, nebo mohou být v rozporu. V takovém případě je neverbální projev více věrohodný. Ve své praxi si těchto projevů zdravotníci všímají, aby lépe vnímali signály, které jim pacienti neverbální komunikací sdělují. Současně si pacient všímá signálů, které vysílá zdravotník (Plevová, 2011).

Značná část projevů je univerzálně srozumitelná, a naopak jsou projevy, které mohou mít zcela rozdílný význam a mohou být v některé kultuře i neslušné (Pease et al., 2011).

Neverbální komunikací vyjadřujeme:

- emoce včetně naladění – pozitivní i negativní
- zájem a postoj k dané problematice či člověku
- vytváříme a ovlivňujeme dojem o sobě

- a zároveň ovlivňujeme směr komunikace (Janáčková et al., 2008).
- **Mimika** – výraz tváře je nejčastější a nejčitelnější projev. Pomocí svalů obličeje projevujeme emoce, vnitřní rozpoložení, vlastnosti. Dominantní jsou ústa, poté oblast očí, obočí a čelo. Mezi základní výrazy patří:
  - radost – smutek
  - štěstí – neštěstí
  - spokojenost – nespokojenost
  - jistotu – strach
  - klid – rozčilení
  - splněné očekávání – překvapení
  - zájem – nezájem (Janáčková et al., 2008)

Oči jsou velmi důležité. Samotný pohled z očí do očí je emocemi zcela nabitý. Všímací si cíle pohledu, jeho délky, četnosti, ale i případného pomrkávání, absence mrkání či zavřených očí. Sestra může odhalit jak nervozitu, dobrou náladu, strach, tak i únavu pacienta, když oči často zavírá (Zacharová, 2016).

V multikulturním pojetí je zajímavý náhled různých kultur na vhodnou délku a četnost očního kontaktu. V naší zemi je oční kontakt očekáván, někde může působit urážlivě, a jinde může být nositelem zájmu (Plevová, 2011).

- **Kinezika** – dynamické vyjadřování pomocí pohybů celého těla nebo jeho částí. Často nám prozradí vitalitu, temperament, soustředění nebo například vůli jedince. Jejich rychlost, rytmus, přesnost, trvání, plynulost i rozsah pohybů nás v naší praxi může upozornit na změnu zdravotního a emočního stavu pacienta. Každý zdravotník se bezpochyby někdy setkal s třesem končetin či svalovou křečí, které jsou příznakem celé řady onemocnění. Naopak cíleně jsou pohyby využívány například v rehabilitačním ošetřovatelství (Zacharová, 2016).

- **Gestika** – komunikace pomocí gest je vlastně vyjadřování pomocí posunků či pohybových schémat a pozic částí těla. Gestikulujeme nejčastěji rukou, ale i nohou, obličejem a krkem. Rychlost gest je ovlivněna temperamentem jedince. Největší význam mají gesta během raného vývoje dítěte, kdy jsou hlavním komunikačním prvkem. Dítě s nimi vyjadřuje svůj postoj, souhlas a nesouhlas, ale i určitou výzvu, varování (Průcha, 2011).

Nekoresponduje-li verbální komunikace s gesty, může to odvádět posluchačovu pozornost. Symbolika je kulturně odlišná. Velmi zajímavá je symbolika gest prstů. Například zdvižený palec a ukazováček znamená v Evropě číslo dvě, ale v USA je gestem pro přivolání číšníka, na Novém Zélandu a v Austrálii je symbolem pro číslo jedna

a v Japonsku je toto gesto dokonce výrazem urážlivým (Pease et al., 2011).

- **Posturika** – je vyjádřením pomocí polohy a vzájemného postavení těla a jeho částí vestoje, vsedě nebo vleže. Lze si všimnout míry napětí a uvolnění. Vyjadřuje zamýšlené chování, postoj k dané situaci či jedinci. V důsledku nemoci člověk zaujímá aktivní (například úlevovou) polohu nebo pasivní polohu, je-li bez možnosti pohyb ovládat (Plevová, 2011).

Pro rovnocenný průběh komunikace je nejvhodnější zaujmout shodné postavení v horizontální rovině. Ve zdravotnictví je vhodné, aby si pacient i zdravotník mohli sednout a výhodou je, pokud nemusí sedět přímo naproti sobě, aby obě strany měly možnost uvolnit oční kontakt a případné napětí (Janáčková et al., 2008).

- **Proxemika** – vyjadřuje vnímání osobního prostoru a jeho narušení. Osobní prostor je velmi individuální záležitost. Liší se jak kulturně, pohlavím, věkem, společenským postavením, tak oblastí, odkud člověk pochází. Nechtěné narušení může vyvolat směs nepříjemných a rozporuplných pocitů. Přirozeně se tato hranice posouvá při sportu, tanci, ale i při práci ve zdravotnictví. Díky vhodné komunikaci a důvěře může být vstup do osobní (cca 75 cm) až intimní zóny (cca 45 cm) pro obě zúčastněné osoby přijatelný (Janáčková et al., 2008).

- **Haptika** – vzájemné dotečky a hmat samotný jsou důležité od raného dětství. Také dotek je možné chápat jako zásah do intimní zóny. Může být chtěný i nechtěný a má sílu vyjadřovat a vzbuzovat celou škálu emocí a postojů. Podání ruky je v mnoha kulturách komunikací prvního kontaktu. Tato forma pozdravu je velmi rozšířená, avšak ani ta nemusí být u všech kultur vhodná a její pravidla a tradice se mohou lišit. Francouzi jsou národ velmi kontaktní a podání rukou je často provázené potřesením i polibkem na obě tváře (Pease et al., 2011).

Význam doteku je nezastupitelný. Dotek může:

- spojovat jedince s druhými, a to jak doslovně, tak obrazně naznačením možnosti
- poskytovat potvrzení a schválení
- povzbuzovat při vyjádření empatie, zájmu, péče, důvěry, obav a ochrany
- snižovat osamělost tím, že naznačuje vztah
- sdílet teplo, přátelství, lásku, intimitu a štěstí
- stimulovat smyslové vnímání, citění a zkušenosti
- zvyšovat sebepojetí
- sdělovat frustraci, zlost, agrese i trest
- narušovat osobní prostor a soukromí fyzickým či psychickým vniknutím
- vyjadřovat negativní typ vztahu
- působit na sexuální oblast

- umožnit profesionální úkony bez osobní zprávy (například holení a stříhání vlasů)
- odrážet srdečnost například podáním ruky mezi obchodními partnery, cizinci či známými (Giger, 2013).

Do neverbální komunikace by se v širším pojetí dal zařadit i zevnějšek. Oblečení, barvy, upravenost nebo uspořádání prostoru nám na první pohled prozradí mnohé o jejich nositeli či majiteli (Zacharová, 2011).

Všechny projevy komunikace verbální i neverbální mají své nezastupitelné místo v našem sociálním i pracovním životě. Práce každého zdravotníka je odlišná svým prostředím, zaměřením, požadavky na znalosti, ale také práci s lidmi v náročných podmínkách, které mohou komunikaci výrazně komplikovat (Zacharová, 2011).

### **2.4.3. Specifika komunikace v intenzivní péči**

Již samo poskytování intenzivní péče pacientům je velmi specifické. Pacienti, kteří vyžadují tuto péči, jsou často ve velmi vážném zdravotním stavu a jejich život je ohrožen. Profesionální, technická a vědomostní odbornost personálu je na vysoké úrovni. Životní funkce pacienta jsou často podporovány či plně zastoupeny přístroji. Náročnost péče je stresující pro všechny zúčastněné (Bartůněk et al., 2016).

Komunikace s pacientem v této sféře péče má svá omezení. Velmi často se liší technika i celý přístup ke komunikaci. Spektrum pacientů je široké. Mohou zde být pacienti s kvantitativní i kvalitativní poruchou vědomí. Tedy pacienti se změnou bdělého stavu nebo ve stavu zmatenosti, kdy pacient není plně orientován. Pacient může být neklidný, agresivní, ale především, jak již bylo zmíněno, jsou všichni pacienti ohroženi na životě či dokonce umírající. Již samotný pobyt v nemocnici přináší úzkost, strach a deprese ze strany pacienta. Úspěšná vzájemná komunikace umožňuje zjednodušení péče o pacienty a možnost alespoň částečného zajištění pacientových potřeb. Komunikace je zde velmi individuální. Je nezbytné najít vyhovující techniku verbální i neverbální komunikace a využít dostupné komunikační pomůcky (Tomová et al., 2016).

I u pacientů s poruchou vědomí je nutné dbát na vhodnou formu komunikace ze strany personálu. V konceptu bazální stimulace je každý podnět, jako je hlas či dotek, stimulem, energií, která vyvolává u pacienta přijetí, zpracování a určitou formu reakce. V intenzivní péči u pacientů v bezvědomí je možné se setkat i s nepatrnými signály, jako jsou změna dechové frekvence, svalového napětí, pohyby očí nebo změny postavení končetin (Friedlová, 2015).

Plevová ve své knize zmiňuje, že nejčastěji sestry pacientům se změnou vědomí podávají stručné informace a požadavky, a to v závislosti na čase, při němž provádějí u pacienta své intervence (Plevová, 2011).

V první řadě bychom tedy neměli zapomínat se představit a hovořit na pacienta i během vykonávání naší ošetrovatelské péče, a to bez rozdílu stavu vědomí pacienta. Je třeba být trpělivý, klidný, dodržovat potřebnou – někdy i bezpečnou – vzdálenost, snažit se snížit rušivé prvky, a je-li to možné, udržovat oční kontakt a získat pacientovu důvěru. Mít na komunikaci dostatek času je v intenzivní péči velmi nesnadné. Vliv na komunikaci má také zachování pacientových kognitivních funkcí, podávané léky, fyzická i psychická stránka zdravotního stavu, vůle a motivace pacienta (Tomová et al., 2016).

Má-li pacient zajištěny dýchací cesty pomocí endotracheální či tracheostomické kanyly, ztrácí hlas. Hlas je tvořen proudem vzduchu, který je z plic vydechován. Vzduch je stlačen pod uzavřenou hlasovou štěrbinou do otevření hlasivkových vazů. V tomto případě jsme nuceni využít náhradní komunikační techniky. Personál odezírá pacientovi ze rtů, poskytne pacientovi pomůcky na psaní, tabulku s abecedou, komunikační karty. Později lze využít i různé fonační pomůcky například speciální tracheostomické kanyly nebo přístroj na podporu hlasu (Tomová et al., 2016).

Do rozvoje komunikace s pacientem je dobré zapojit také jeho rodinné příslušníky. Tato spolupráce může být velmi přínosná. Problém s vybavováním a vyjadřováním pacienta mohou ovlivnit další podněty z okolí pacienta. Patří mezi ně vůně, hudba, oblíbené jídlo, fotografie, talismany. Vždy je důležité vysvětlit rodinným příslušníkům závažnost stavu, zvolenou formu komunikace, možnost výskytu omezení paměti a vybavování pacienta. Je dobré upozornit spolupracovníky i rodinné příslušníky na neverbální signály, které u pacienta již rozpoznáváme. Soustředění je pro pacienta velmi náročné. Mnohdy je nutné vést komunikaci velmi jednoduchou a pacientovi ji potřebným způsobem přizpůsobit (Tomová et al., 2016).

#### **2.4.4. Specifika komunikace s cizinci**

Jedná-li se o pacienta z odlišné kultury, lze předpokládat, že prvním problémem v komunikaci bude jazyková bariéra. Není to však problém jediný. Dalším z problémů je rozdílnost neverbální komunikace, odlišnost kulturní. Tato odlišnost s sebou přináší jiné vnímání a pojetí zdraví, nemoci, léčby i smrti samotné. Pacient z jiné kultury se odlišuje způsobem myšlení, názory, tradicemi, rituály (křest, pohřeb), hodnotami, vzorci chování, způsobem předávání informací, náboženstvím. Kulturní rozdíly lze vnímat např. ve vnímání bolesti, ve spolupráci, ve vnímání vlastní intimity, v hygienických normách, lékařských procedurách a jejich pochopení, ale i v postoji vůči zdravotníkům-mužům a zdravotnicím-ženám. Nejsou-li kulturní představy slučitelné nebo pochopené, dochází ke zbytečným omylům a konfliktům. Typickým příkladem velkých rozdílů v kulturních zvyklostech oproti křesťanské kultuře je jednání například s muslimským pacientem (Kutnohorská, 2013).



Problémy v komunikaci s cizinci se vyskytují rovněž v ostatních částech Evropy a světa. Velkou roli hraje také příbuznost jednotlivých jazyků, jako je tomu v Čechách vůči pacientům z Polska, Ruska, Slovenska a Ukrajiny. Vždy záleží na skladbě etnik žijících v daném prostředí a spektru turistů, kteří danou zemi navštěvují (Průcha, 2010).

Jednou z dalších zajímavostí komunikace s cizinci je i způsob sdělování a přijímání informací. V evropských zemích je běžná komunikace pomocí psaného textu. Tyto textové informace často přijímáme v kombinaci se schématy, tabulkami či obrázky. U některých etnik je běžnější formou mluvené slovo a naslouchání (Průcha, 2010).

V následující části uvádím **zásady pro komunikaci s pacienty z jiné kultury** podle Joyce Newman Giger. Z nich je patrné, že tato problematika je aktuální a velmi podobná na celém světě. Tyto zásady lze aplikovat jak v multikulturním prostředí USA, kde se nachází především široké spektrum přistěhovalců, tak i na našem kontinentu:

Informace o pacientovi získáváme během péče či během neformálního rozhovoru. Kulturní rozdíly mohou způsobit, že klient nesprávně pochopí chování a záměr sestry. Dodržováním následujících pokynů se zvyšuje pravděpodobnost, že vztah mezi sestrou a klientem bude pozitivní.

1. *Posuďte vlastní postoj k lidem jiné kultury.*
  - *Vynechte předsudky a postoje, které mohou být příčinou mylného ovlivnění ošetrovatelské péče.*
2. *Posuďte komunikační možnosti na základě kulturní perspektivy. Určete etnické příslušnosti, věk a generaci pacienta.*
  - *Je-li to možné, získajte informace přímo od pacienta.*
  - *Posuďte kulturní faktory, které mohou ovlivnit váš vztah s pacientem a reagujte na ně.*
3. *Plánujte péči na základě komunikačních potřeb a kulturního pozadí. Poznejte klientovu kulturu, zvyky a hodnoty.*
  - *Poznejte přístup pacienta ke zdraví, nemoci a léčbě.*
  - *Posuďte rozdíly ve způsobu léčby ve vaší a klientově kultuře.*
  - *Vnímejte pacientovu individualitu.*
4. *Vyhodnoťte efektivnost ošetrovatelské péče a je-li to nutné, upravte plán péče.*
5. *Upravte komunikaci tak, aby byly zajištěny klientovy potřeby. Všimněte si pacientova strachu, úzkosti a smutku.*
  - *Ujistěte pacienta v souladu s jeho kulturou.*
  - *Uvědomte si, že v některých kulturách pacient diskusi o sobě může vyhodnotit za urážlivou a rovněž může samotnému ošetrovatelskému procesu bránit.*

6. *Respektujte způsob komunikace s pacientem.*
  - *Zjistěte, jak je v dané kultuře vnímáno a přijímáno naslouchání.*
  - *Použijte odpovídající techniky aktivního naslouchání.*
  - *Zaujměte flexibilní postoj a zájem k překonávání kulturních překážek.*
7. *Řiďte se během komunikace společenskými a kulturními zásadami.*
  - *Nespěchejte.*
  - *Během rozhovoru se zeptejte na hlavní otázky.*
  - *Buďte trpělivý vůči tomu, kdo vám dává informace, které se netýkají přímo zdravotního stavu.*
  - *Naslouchejte. Rozvíjejte důvěryhodný vztah. Dejte pacientovi dostatek času a pozornosti.*
8. *Ověřte si během komunikace, že vám pacient porozuměl. Uvědomte si, že význam komunikace může být zkreslen.*
9. *Berte ohled na neochotu hovořit o sexuálních záležitostech. Uvědomte si, že v některých kulturách se o sexuálních záležitostech běžně nehovoří, a rovněž se takto nehovoří s osobou opačného pohlaví.*
10. *Hovoří-li pacient jiným jazykem, najděte potřebný a přiměřený způsob komunikace. Mluvte pomalu a srozumitelně, ale ne zbytečně hlasitě.*
  - *Pro usnadnění pochopení komunikace používejte gesta, obrázky, demonstруйте.*
  - *Je-li to nutné, opakujte informace jiným způsobem.*
  - *Všímejte si slov, kterým pacient rozumí, a snažte se je používat častěji.*
  - *Informace podávejte stručně a opakujte je.*
  - *Vyvarujte se používání medicínských a slangových výrazů, kterým by pacient nerozuměl.*
  - *Používejte vhodný a ověřený slovník.*
11. *Pro zlepšení komunikace využijte služeb tlumočnicka.*
  - *Překládejte celé zprávy a ne pouze jednotlivá slova.*
  - *Ověřte si, zda vám pacient porozuměl.*
  - *Využijte tlumočnicka, který je kulturně senzitivní (Giger, 2013 str. 30-35).*

Pacienti z jiné kultury mají obtíže již při registraci, při stanovování diagnózy, a mají strach. Pacient, který nerozumí, bude s největší pravděpodobností více nepřátelský až agresivní. Nebude spolupracovat a uzavře se do sebe. Sestra by měla rovněž dávat pozor, aby pacient nepředstíral, že rozumí. Takový pacient často odpovídá „ano“ na všechny otázky (Giger, 2013).

Nenacházíte-li společná slova, je nutné s pacientem hovořit s větším ohledem. Tón a výraz tváře sestry mají vliv na pacientův strach (Giger, 2013).

Informace musí být jednoduché. Nepoužívejte zkratky. Každý nejdříve pochopí standardní výrazy a výrazně později je schopen pochopit výrazy slangové či odborné (Giger, 2013).

Dále je nutné posoudit, zda klient zvládá překlad textu nebo zda více rozumí mluvenému slovu (Giger, 2013).

Nezapomínejte, že jsou rovněž rozdíly ve významech slov v americké a britské angličtině. Výrazy a používané fráze mohou mít jiný význam (Giger, 2013).

Pro pochopení a respektování hodnot pacientů z odlišné kultury vyzdvihuje světová asociace Transcultural Nursing nutnost porozumět vlastním kulturním hodnotám a přesvědčením. Je důležité mít vědomosti o zdravotních praktikách, chování, postojích a komunikačním stylu daného jedince. Základem ošetrovatelské péče je důsledné vyhodnocení fyzických, psychologických a kulturních potřeb jedince. Schopnost komunikace je využita k co nejlepšimu společnému porozumění (In: Transcultural Nursing Society, 2010).

#### **2.4.5. Jazykové bariéry a náhradní komunikace**

V současné době podle některých zdrojů existuje ve světě 3 až 6 tisíc jazyků. V Evropě se používá něco kolem 50. Většina populace je však koncentrována jen na část jazyků. Nejvíce je ve světě zastoupena čínština, angličtina, hindština, španělština a arabština s ruštinou. V mezinárodním měřítku však mezi nejdůležitější jazyky podle jejich využití patří především angličtina, španělština, francouzština, němčina a ruština. Označujeme je tedy jako světové jazyky nebo lingua franca. Používají se ke komunikaci i mimo země, kde jsou označovány za jazyk mateřský (Průcha, 2010).

Nejvýznamnějšího postavení dosahuje angličtina, která se rozšířila do všech kontinentů. V Evropě je to domácí jazyk pro Velkou Británii a Irsko. Celkově je to mateřský jazyk pro zhruba 1,5 miliardy jedinců. Z hlediska globalizace a komunikace v druhém jazyce jej však využívá ještě větší množství lidí. V Evropě anglicky často hovoří mnoho pracovníků ve veřejných službách. Nejméně je tento jazyk rozšířen ve Francii a Španělsku, kde jejich rodný jazyk je rovněž jazykem světovým (Průcha, 2010).

V naší zemi je výuka cizích jazyků zahájena již na základních školách, kde je angličtina vyučována jako povinný jazyk již od 3. třídy. Druhý jazyk je žákům nabízen nejpozději od 8. třídy. Bývá jím nejčastěji němčina a v mnohem menší míře francouzština, ruština či španělština (Průcha, 2010).

Komunikace v cizím jazyce je dána schopností porozumět a vyjádřit své myšlenky, představy a pocity ústní či písemnou formou. Vyžaduje i pochopení kultury a její zprostředkování (Průcha, 2010).

Jako komunikační bariéru označujeme překážku v komunikaci. Jde o situace, kdy pacient nemůže, nechce nebo neumí komunikovat (Zacharová, 2011).

Každý problém může mít vliv na poskytování péče, aniž by se jednalo primárně o bariéru jazykovou. **Základní rozdělení těchto bariér** je na vnitřní a vnější. Mezi **vnější komunikační bariéry** patří prvky v prostředí, které komunikaci narušují. Může se jednat o:

- teplo či chlad okolního prostředí
- zvuky jako alarm přístrojů, hlasitá komunikace v okolí pacienta
- vizuální rozptýlení – nevhodné osvětlení
- náročnost informačního sdělení – délka, odborná terminologie (Tomová et al., 2016).

**Vnitřní komunikační bariéry** ze strany pacienta, ale i zdravotníka:

- negativní emoce
- strach – z nemoci, z neúspěchu
- nemoc samotná
- únava
- hlad
- bolest
- dušnost
- nespokojenost
- nepohodlí
- pocit nepochopení, frustrace
- jazyková, kulturní či náboženská bariéra (Tomová et al., 2016).

Na úvod je zapotřebí zhodnotit možnosti společné komunikace s pacientem cizincem.

- Zjistit, v jakém jazyce hovoří, popřípadě v jakém světovém jazyce je schopen se alespoň částečně dorozumět.
- Hovořit jednoduše a zřetelně vyslovovat.
- Mít na komunikaci dostatek času.
- Sledovat neverbální komunikační signály (Plevová, 2011).

V první řadě vždy záleží na situaci a na schopnostech obou komunikačních stran. Zdravotnická zařízení jsou vybavena informačními materiály a informovanými souhlasy v mnoha jazykových verzích. Spektrum se často liší podle lokalizace zařízení a výskytu cizinců či etnických skupin v daném regionu. K náhradní komunikaci se snažíme využít všechny dostupné prostředky tak, aby byla zajištěna potřebná lékařská i ošetrovatelská péče. Nejvhodnější je, pokud jsou obě strany schopné spolu **kommunikovat pomocí druhého jazyka** (Wiltavský, 2016; Průcha, 2010).

Průcha uvádí, že nejrozšířenější znalost jazyků na komunikační úrovni v naší zemi se týká angličtiny, němčiny a ruštiny. Znalost francouzštiny a španělštiny je mnohem nižší. Jistou

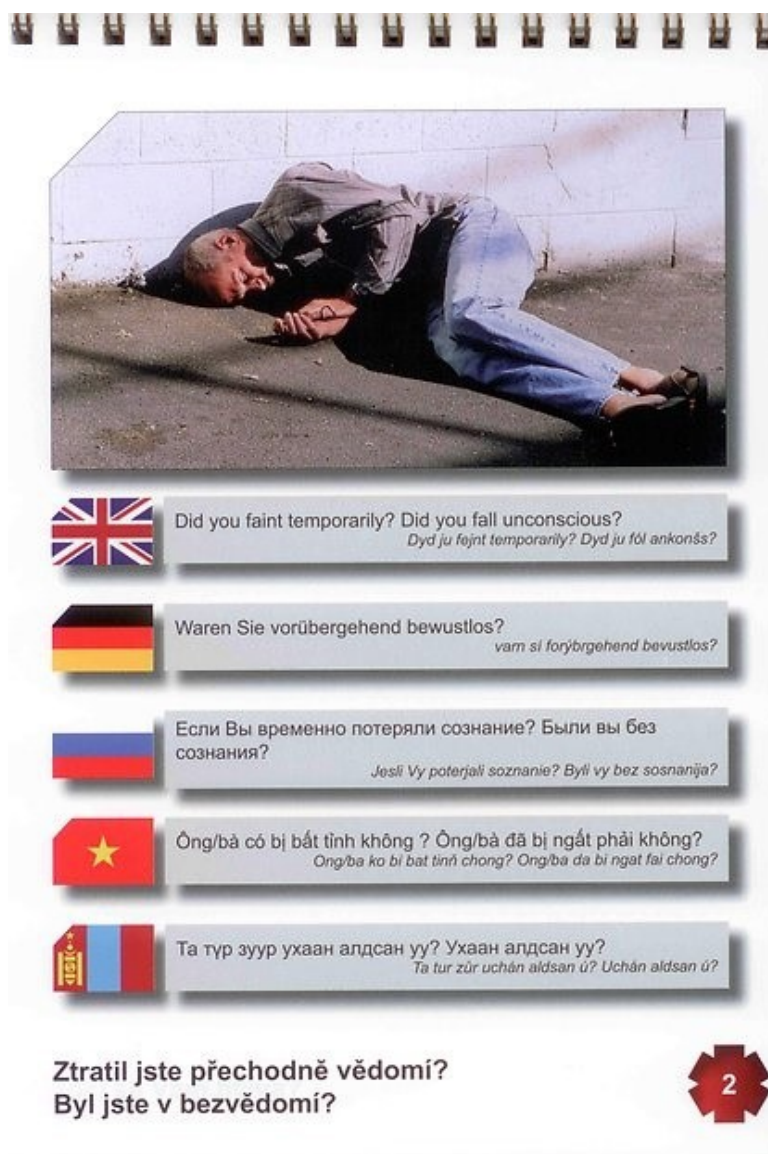
výhodu mají pacienti ze Slovenska, Ruska, Polska nebo Ukrajiny, kde příbuznost s naším českým jazykem komunikaci usnadňuje (Průcha, 2010).

Další možností jsou **komunikační karty nebo piktogramy**, které mají svou přednost v tom, že jsou dostupné, jednoduché a srozumitelné pro obě strany (Špirudová et al., 2004).

Ministerstvo zdravotnictví na svých stránkách poskytuje od roku 2016 dvojjazyčné komunikační jazykové karty pro pacienty cizince a zdravotníky, které mohou komunikaci s pacientem usnadnit. Karty jsou dostupné v devíti jazykových verzích a jsou rozděleny do pěti témat. Témata se týkají dětského lékařství, gynekologie, porodnictví, ošetřovatelství, vnitřního lékařství a poslední téma se týká seznamu obtíží a stravování. Každá jazyková verze obsahuje otázky v českém jazyce, adekvátní překlad včetně fonetického způsobu výslovnosti. Bohužel tyto karty neexistují ve francouzské verzi (In: MZČR, 2016).

V roce 2017 vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci se Zdravotnickou záchrannou službou hl. m. Prahy komunikační karty pro Zdravotnickou záchrannou službu pro komunikaci s cizinci. Tyto karty jsou rovněž dvojjazyčné a jsou dostupné ve 13 jazycích. Karty jsou rozděleny na 16 oblastí, a to základní vyšetření v interně, při diabetu, alergii, obtížích s dýcháním, s břichem, v urologii, v gynekologii, při úrazu či autonehodě, při otravě, v pediatrii, v neurologii, základní informace o léčbě, osobní údaje, obsahují otázky pro svědky a příbuzné a otázky kolem pojištění a dokladů. Tyto karty jsou dostupné také ve francouzském jazyce. Bohužel žádná jazyková verze neobsahuje fonetický přepis výslovnosti, což jejich využití limituje (In: MZČR, 2017).

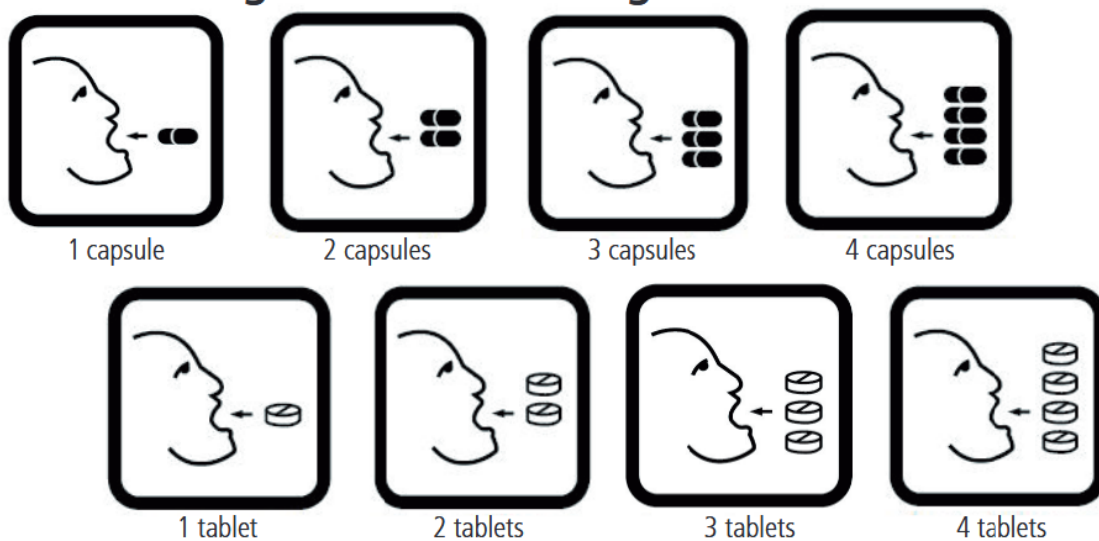
Různé kraje České republiky této tématice věnují čas již delší dobu. Například Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje a magistrát města Plzeň zašitily tištěné vydání anamnestických zdravotních a jazykových komunikačních karet pro záchrannou službu (obr. č. 1) a zdravotních a jazykových karet pro ostatní zdravotnická zařízení ve svém regionu. Podobně má karty vypracovány i Pardubická krajská nemocnice a.s. (In: Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje, 2011; Tošnerová, 2009).



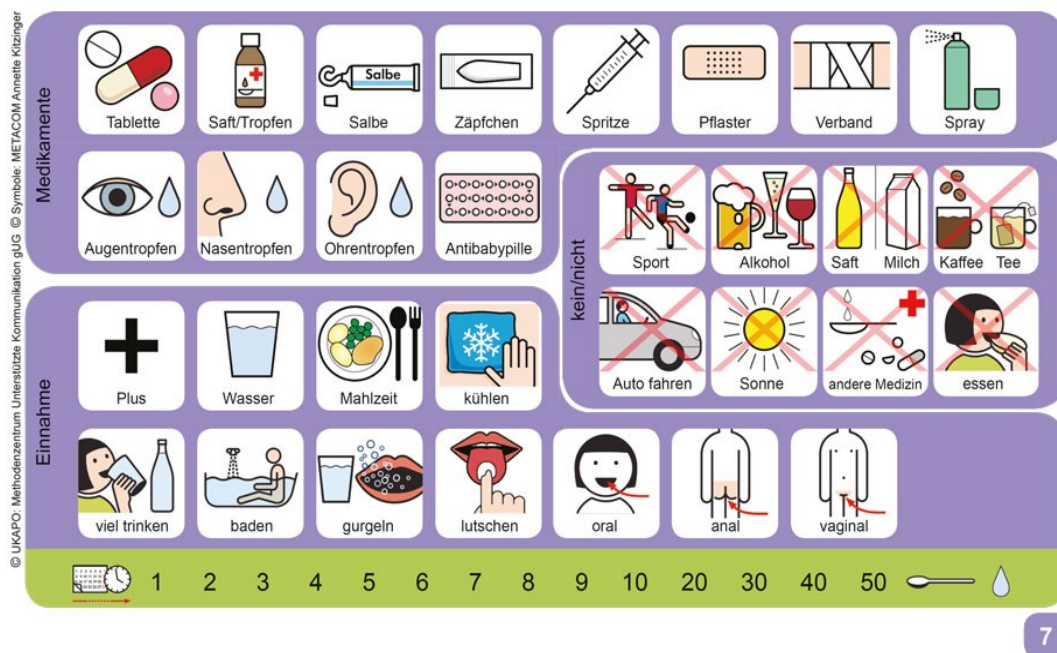
Obrázek 1: Anamnestická zdravotní a jazyková komunikační karta pro ZZS Plzeň

Německá komora lékárníků s ohledem na tlak emigrantů vytvořila základní piktogramy (obr. č. 2) pro pochopení forem léků, jejich podání, dávkování a možných nežádoucích účinků. Německé Metodické centrum podpory v komunikaci nabízí pro lékaře i lékárníky speciálně vytvořené komunikační karty UKAPO (obr. č. 3) plné symbolů a piktogramů. Pomocí těchto karet je možné pacienta vyšetřit a podat mu důležité informace ohledně léčby (In: Apothekerkammer Nordrhein, 2015; MEZUK, 2016).

## Darreichungsform / Dosierung / Dose / Route



Obrázek 2: Piktogramy pro pochopení dávkování léků



Obrázek 3: Komunikační karta UKAPO

Třetí a v dnešní době velmi frekventovanou možností je **využití aplikací překladačů** v mobilních telefonech. Podle ústního sdělení Jany Blažkové, sestry ARO oddělení, dne 17. 12. 2018: „*Nejedná se o překlad ověřený a nejsme s to zhodnotit jeho přesnost. Není tedy možné tuto náhradní formu komunikace použít vždy a v každé situaci, ale k usnadnění běžné praxe rozhodně poslouží. Aplikace je možné využít k poslechu výslovnosti či k zobrazení textu. Tato snaha o komunikaci je ze strany pacientů velmi pozitivně přijímána. I zdravotník s minimální jazykovou kompetencí je pak schopen na základě své vlastní iniciativy s cizinci komunikovat.*“

Další možností je **demonstrace**. Docházejí-li nám slova nebo není-li slovní zásoba dostatečná a není dostupný tlumočník, je možné využít demonstračních pomůcek. U dětí i dospělých využijeme například figurínu nebo panenku pro snadnější objasnění některých diagnostických i terapeutických úkonů. Neverbální komunikační dovednost je zde na prvním místě (Yates, 2014).

Pátou a velmi důležitou možností je **využití tlumočení**. V tomto případě se může jednat o tlumočení ze strany zaměstnanců, rodinných příslušníků nebo pomocí profesionálního tlumočníka. Každá z možností má svá specifika.

- **Tlumočení zaměstnancem zařízení** - některé nemocnice zjišťují jazykové dovednosti svých zaměstnanců již při přijetí do zaměstnání. Na základě vzájemné dohody je možné využít jejich dobrých jazykových znalostí. Nemocnice má tedy k dispozici seznam těchto pracovníků a v případě potřeby je během jejich služby může kontaktovat (Wiltavský, 2016).
- **Tlumočení zprostředkované rodinným příslušníkem** má své výhody a limity. Na jednu stranu je pro pacienta přítomnost osoby blízké v mnohém příjemná a může se cítit jistější. Na druhou stranu je pro některé kultury sdělování pocitů a intimní problematiky s využitím příbuzného nepřijatelné. Hraje zde roli otevřenost, stud a genderové postavení v dané kultuře. Kvalita takového překladu včetně odborných výrazů nemusí být dostatečná (Průcha, 2010).
- **Tlumočení profesionálním tlumočníkem** je v naší zemi zajištěno zdravotnickými zařízeními různě. Vždy se jedná o službu hrazenou. Požaduje-li ji pacient, má možnost využít telefonického tlumočení nebo přímého osobního doprovodu tlumočníkem a takovou službu je povinen si uhradit sám. Zařízení si může tuto službu sjednat například na zajištění překladu potřebných dokumentů. Nejčastěji mají zařízení uzavřené smlouvy s konkrétní překladatelskou agenturou, se kterou předem stanovují podmínky. Ostatní zařízení jsou většinou schopna pacientovi nabídnout dostupné překladatelské agentury, avšak podmínky služeb a úhrady si pacient musí domluvit individuálně (Wiltavský, 2016).
- Poslední možností je **kontaktování konzulátu či velvyslanectví dané země**. Ministerstvo zahraničních věcí poskytuje jejich aktuální seznam na svých internetových stránkách (In: MZV ČR, 2019).



Světová asociace Transcultural Nursing ve svém standardu podtrhuje nutnost snažit se pochopit potřeby každého pacienta pomocí pozorného naslouchání, pozorování řeči těla a pomocí očního kontaktu. Znalost kulturních souvislostí může dát smysl výrazům a interpretacím během interakcí. Pro praxi je vhodné, aby sestra ovládala důležité fráze, které jsou vhodné pro péči v jazyce klienta. Veškerý tištěný materiál je důležité přezkoumat kvůli přesnosti, úrovni gramotnosti a případným vulgarismům. Každý pacient takovou snahu jistě ocení (In: Transcultural Nursing Society, 2010).

#### **2.4.6. Kulturní a komunikační rozdíly mezi Čechy a Francouzi**

Češi a Francouzi jsou Evropané. I přesto, že žijeme tak blízko sebe, jsou mezi námi rozdíly. Jsou to rozdíly historické, jazykové, politické, ekonomické i kulturní. To vše se projevuje v hodnotách a postojích jednotlivců.

Základním rozdílem na první pohled – či spíše poslech – je jazyk. Čeština patří mezi západoslovanské jazyky. Naproti tomu francouzština je jazykem románským a patří mezi jazyky „lingua franca“, neboli světové jazyky. Oba jazyky se píší latinkou za použití diakritiky, avšak odlišnost je patrná jak ve slovní zásobě, tak v gramatice a fonetice samotné. Francouzština je plná nosovek a vokálů. Je používána jako úřední jazyk především ve Francii, Belgii, Švýcarsku a Kanadě. Setkat se s ní můžeme po celém světě. Francie byla a je zemí bohatou a francouzština se rozšířila díky obchodu a kolonizacím. Slouží také jako jeden z diplomatických jazyků Evropské unie, Organizace spojených národů, UNESCO, NATO a Červeného kříže (In: Alliance Francaise, 2019).

Francouzi si vzhledem ke svým historickým kořenům udržovali určitý mocenský odstup. Jedním z hledisek je dodržování kulturních zvyklostí a neochota se učit a používat cizí jazyk. Dnešní mladá generace je již více pružná a stejně jako u nás je i ve Francii jazykové vzdělání velmi důležité. Jako druhý jazyk se stejně jako u nás učí Francouzi angličtinu (Průcha, 2010).

Historie České republiky i Francie je velmi bohatá. Celou Evropou se prolíná staletými vlivy Francie, Anglie i ostatních germánských a slovanských zemí. Francouzština byla v Čechách důležitá například již v dobách Karla IV., který byl ve Francii vychováván. Později například v době Elišky Krásnohorské, spoluzakladatelky První české ošetřovatelské školy, tedy v druhé polovině 19. a začátkem 20. století, kdy byla znakem vzdělanosti ve „vyšších kruzích“, zvláště v měšťanských rodinách. Překládala se literární i divadelní díla, důkazem je právě tvorba Krásnohorské. Její překlad Bizetovy Carmen byl v repertoáru Národního divadla uváděn s přestávkami od roku 1884 do roku 1949 (In: Národní divadlo, 2019).

V současnosti snahu o zvýšení povědomí o Francii a francouzském jazyku iniciují Francouzský institut v Praze, Francouzské lyceum v Praze a šest Francouzských aliancí

v ostatních městech naší země. Naopak ve Francii působí České centrum v Paříži, které pořádá mnoho kulturních akcí ze všech oblastí umění, zprostředkovává kontakty a pořádá kurzy češtiny pro dospělé i děti (In: Institut français de Prague, 2017; Centre tchèque, 2019).

Francouzi jsou ve světě známí svou vybranou gastronomií, láskou k umění, parfémům a módě. Být Francouzem je pro ně důležité. Francie byla a je zdrojem inspirace v oblasti literatury, divadla, hudby, výtvarného umění, baletu i sochařství. S historií a uměním se ve Francii setkáváme na každém rohu. Francouzský styl života koresponduje také s otevírací dobou obchodů, pracovní dobou, časem na oběd a večeři. Vše je z toho důvodu oproti naší zemi časově posunutá na později (In: About France, 2019).

Průcha uvádí několik rozdílů v přístupu Francouzů a Čechů k práci. Již jen francouzské rčení „*Nemožné není francouzské*“ si protiřečí s českým „*To není možné*.“ Francouzi jsou i přes jasně stanovenou hierarchii více otevření a přátelští (Průcha, 2010).

Podobnou problematiku zajímavě vystihuje ve své práci paní Němečková. Pohled Francouzů žijících na našem území odráží drobné odlišnosti našich kultur. Někteří Francouzi u Čechů naráží na uzavřenost, chlad, odstup, a to i ve veřejných službách, kde jsou Francouzi zvyklí na přívětivější chování a úsměvy. Po určité době někteří uvádějí milé zlepšení. Jiní si na Čechy nemohou stěžovat. Většina Francouzů považuje naši zemi za velmi bezpečnou a krásnou (Němečková, 2012).

Ve Francii i v Čechách se v rámci Evropské unie pacienti prokazují Evropským průkazem zdravotního pojištění. Důležitý rozdíl oproti poskytování zdravotní péče, která je v naší zemi hrazena z veřejného pojištění, je v platbě za poskytnuté zdravotnické služby. Ve Francii funguje tzv. pokladenský systém. Pacient je u praktických lékařů, specialistů či lékárnách povinen si služby uhradit sám, a poté si příslušnou částku nechává vyplatit svou pojišťovnou dle svého pojištění. V případě hospitalizace se každý pacient spolupodílí na nákladech za lékařské a nemocniční ošetření, laboratorní vyšetření i léky (In: MPSV, 2019).

V rámci komunikace bychom neměli zapomínat, že Francouzi jsou velmi kontaktní. Jak již bylo uvedeno výše, pozdrav je provázen potřesením rukou a polibkem na obě tváře. Během konverzace používají neverbální projevy velmi živě. Snaží se jimi zdůraznit své pocity a důležitost sdělovaného obsahu (Pease et al., 2011).

### **3. Použité metody**

#### **3.1. Případová studie**

V bakalářské práci jsem zvolila formu kvalitativního výzkumu. Použití případové studie umožňuje podrobné zaměření práce na vybranou problematiku u konkrétní osoby či osob. Ošetrovatelská problematika je velmi složitá. Pomocí vybrané metody prezentuji úskalí a možnosti multikulturní komunikace na jednotce intenzivní péče u francouzského pacienta. Záměrná volba vhodného kandidáta umožňuje výzkum realizovaný v přirozených podmínkách. Na výstupu výzkumu je daná problematika demonstrována a je možné ji zevšeobecnit a uplatnit v praxi (Kutnohorská, 2009).

#### **3.2. Metodologie**

Teoretická část práce je založena na odborných informacích osobně vyhledaných v dostupných databázích a na základě rešerše vypracované v Národní lékařské knihovně. Využitými zdroji byly databáze BMČ, Medvik, CINAHL, MEDLINE, PubMed, Centrální katalog Univerzity Karlovy a relevantní a legislativní internetové zdroje státních a zahraničních organizací s danou problematikou.

Praktická část je postavena na pozorování a rozhovoru s pacientem a na výzkumu informací získaných z ošetrovatelské a lékařské dokumentace. Jelikož se jedná o multikulturní tematiku, zvolila jsem pro tuto část vypracování ošetrovatelského procesu v kontextu transkulturního ošetrovatelství vypracovaného paní Lenkou Špirudovou. Jedná se o výstup dvouletého projektu pro MZČR *Integrace cizinců aneb o překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*. Tato metoda zpřehledňuje etnické a kulturní rozdíly pacienta a poskytovatele zdravotní péče a umožňuje usnadnit a umožnit nalezení formy poskytování péče přijatelné pro obě strany (Špirudová et al., 2004).

Výstupem této práce je slovník, který by mohl posloužit sestrám během jejich práce s francouzskými pacienty.

#### **3.3. Etické aspekty**

Vypracování bakalářské práce bylo řádně schváleno písemnou formou vedením zdravotnického zařízení. Anonymizovaný vzor je přiložen v bakalářské práci. Veškeré údaje týkající se pacienta byly rovněž anonymizovány.

### 3.4. Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je vlastní metodou ošetrovateľskej péče. Tato metoda je racionálnym a systematickým posudzovaním, plánovaním a poskytovaním ošetrovateľskej péče. Cílem tohoto procesu je pomocí holistického přístupu uspokojovat a řešit potřeby a problémy pacienta, změna zdravotního stavu pacienta, nalezení vhodného způsobu péče, a to pokud možno s aktivní spoluprací pacienta (Tóthová, 2014).

Rovněž v transkulturním ošetrovatelství je ošetrovatelský proces procesem cyklickým, který se skládá z pěti základních fází:

1. Ošetrovatelského posudzování
2. Ošetrovatelské diagnostiky
3. Plánování ošetrovateľskej péče
4. Realizace plánu ošetrovateľskej péče
5. Vyhodnocení ošetrovateľskej péče (Špirudová et al., 2004).

Jednotlivé fáze procesu se neustále ovlivňují a prolínají. Každá fáze je tedy kontinuálně závislá na ostatních. Potřeby pacienta se v průběhu nemoci mění a každý vztah mezi pacientem a sestrou se neustále vyvíjí (Tóthová, 2014).

#### 1. Ošetrovatelské posudzování

Na začátku každého procesu je získání úplných a přesných informací. Jedná se o získání ošetrovateľskej anamnézy a současné zhodnocení stavu a rizik konkrétního pacienta (Tóthová, 2014).

V rámci transkulturního ošetrovatelství se posuzují kulturní, etnické a případně náboženské odlišnosti pacienta (Špirudová et al., 2004).

#### 2. Ošetrovatelská diagnostika

Získaná data jsou zanalyzována. Zjištěné silné a slabé stránky nám pomohou určit stávající a potenciální problémy, a to vždy s ohledem na to, jak pacient danou situaci či problém hodnotí sám a jak na ni reaguje (Tóthová, 2014).

U pacienta z jiné kultury je důležité všimnout si více prvků týkajících se např. stravování, přístupu k nemoci, ale především komunikace (Špirudová et al., 2004).

#### 3. Plánování ošetrovateľskej péče

V této fázi procesu jsou určeny cíle a strategie plánu ošetrovateľskej péče. Jsou stanoveny priority tak, aby bylo možné redukovat nebo odstranit již vzniklé problémy a samozřejmě jim také preventivně předcházet (Tóthová, 2014).

Hodnoty, zvyky a přesvědčení pacienta z jiné kultury mohou plánování péče výrazně ovlivnit svou neslučitelností s ohledem na kulturu pacienta, sestry i standardy daného zdravotnického zařízení (Špirudová et al., 2004).

#### **4. Realizace plánu ošetrovatelské péče**

Plnění naplánované individuální péče se stále opírá o aktuální potřeby pacienta. Na základě opakovaného posuzování potřeb pacienta je možné modifikovat plán, změnit priority a strategie vlastní realizace péče tak, aby byla péče pro pacienta optimální (Tóthová, 2014).

Kulturní citlivost, respekt k jedinci, poznání kulturních praktik a hodnot usnadňuje péči o pacienta z odlišné kultury (Špirudová et al., 2004).

#### **5. Vyhodnocení ošetrovatelské péče**

Zpětná vazba získaná zhodnocením účinnosti ošetrovatelské péče dokládá naplnění ošetrovatelských cílů, které byly stanoveny v individuálním plánu. Zároveň toto vyhodnocení identifikuje další potenciální potřeby jedince, které je třeba do plánu a realizace ošetrovatelské péče nově začlenit (Tóthová, 2014).

U pacientů odlišných kultur je důležité v hodnocení péče uvedení získaných poznatků. Např. způsob efektivní komunikace, specifika řešení kulturních problémů. Zároveň se vyhodnocení týká i zdravotníka samotného. Jeho kulturních kompetencí a pokroků v této oblasti (Špirudová et al., 2004).

## 4. Případová studie

Předmětem kazuistické práce je schizofrenický pacient hospitalizovaný s mnohočetnou zlomeninou hrudní páteře a uzavřenou zlomeninou žeber.

### 4.1. Základní informace o pacientovi

Téměř 40letý muž francouzské národnosti byl přijat na jednotku v kritickém stavu po pádu z výšky. Příčinou zranění byl opakovaný suicidální pokus. Muž cestoval po Evropě a dostal se do tíživé situace (omezené finance, ztráta jízdenky domů a již dobrané léky). Ošetrovatelskou péči jsem u pacienta vykonávala od příjmu pacienta do zahájení weaningu pacienta od UPV.

### 4.2. Lékařská anamnéza a diagnózy

Premorbidní stav – anamnéza byla získána z dokumentace, kterou měl pacient odebránu při předchozím kontaktu se zdravotnickým zařízením, z dokumentace, kterou měl u sebe a od týmu zasahujícího na místě incidentu.

#### Rodinná, sociální, pracovní a alergická anamnéza:

- není známá

#### Osobní anamnéza:

- schizofrenie se suicidálními sklony
- ošetřen předešlého dne pro sečnou ránu na krku.

#### Farmakologická anamnéza:

- antipsychotika – bohužel je již nějakou dobu neužívá

| Lék (forma)             | Dávka        | Léková skupina  | Indikace                  |
|-------------------------|--------------|-----------------|---------------------------|
| Solian<br>(amisupridum) | 1 g / 24 hod | Antipsychotikum | regulace nervové činnosti |

Tabulka 1: Farmakologická anamnéza

#### Nynější onemocnění:

Muž byl nalezen po pádu při vědomí, eupnoický, bez hemoptýzy, bez otevřených zlomenin a hematomů na kůži. Byl velmi desorientovaný a rozrušený. Nechápal vzniklou situaci. Již na místě incidentu u něj byla zaznamenána snížená citlivost dolních končetin. Sečná rána na krku z předchozí události byla bez známek čerstvého krvácení. Byl mu zajištěn žilní vstup a zahájena kyslíková terapie pomocí kyslíkové masky. Muž byl

zafixován na lůžko a poté byl převezen cestou urgentního příjmu přes CT vyšetření k dalšímu ošetření na jednotku ARO.

| Lékařské diagnózy  |
|--|
| Pokus o sebevraždu   |
| Traumatický šok  |
| Mnohočetné zlomeniny hrudní páteře – zavřená<br>zlomenina Th8 – 10, L2, L5<br>spondylolistéza (posun) th8 – 9 o 7 mm a L5 – S1 o 12 mm |
| Kompletní transversální léze míšní   |
| Paraplegie dolních končetin  |
| Mnohočetná zlomenina žeber – zavřená bez dislokace   |
| Kontuze plic – bez otevřené rány do dutiny hrudní  |
| Parciální traumatický pneumotorax vlevo - bez otevřené rány do hrudní dutiny   |
| Kontuze P ledviny - bez otevřené rány do dutiny  |
| Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem – stav po revizi rány na krku   |

Tabulka 2: Lékařské diagnózy

### Klinické vyšetření:

**Oběh:** TK 125/85, P 112/min, EKG sinusový rytmus, CVP 14 cm, náplň krčních žil v normě, kapilární plnění: periferie bledá, otoky: nemá, poslechový nález: akce srdeční pravidelná, 2 ozvy diferencované

**Dýchání:** UPV:G5 objemově plně řízený ventilační režim VS-CMV, FiO2 0,5 DV 600 ml DF 12/min PEEP 5 cm - stav dýchacích cest: zaintubován ETK č. 8, odsává se střední množství zakrvavělého hlenohnisu, poslechový nález: poslechově dýchání symetrické, zostřené, bez vedlejších fenoménů

### Neurologický nález:

vědomí: GCS 8 – analgosedace – na oslovení nereaguje, na algické podněty flexe HKK  
postavení bulbů: střední postavení  
zornice: isokorické, šíře 2,0 mm  
fotoreakce ++  
korneální rr: ++  
víčkové rr: ++  
okulocephalický reflex: bilaterálně pozitivní  
svalový tonus paraplegie DKK  
šlachové rr: HK symetricky oslabené DK symetricky oslabené  
meningeální příznaky: negativní  
Babinského reflex: bilaterálně negativní

**Hlava:** bez patologického nálezu

**Břicho:** lehce nad niveau, měkké, na palpaci nereaguje, peristaltika neslyšná, játra v oblouku, NGS po zavedení vede stagnační odpad

**Končetiny:** bez otoků

**Kůže:** záda čistá, rána na krku prosakuje krví, drobné oděrky na obou rukou TT 36,8 °C

**APACHE II:** 22 bodů

Po zavedení PMK moč čirá.

**Diagnostické vyšetření:**

**CT:** Mnohočetné fraktury v oblasti axiálního skeletu:

1. Th8-10 kominutivní fraktura obratlového těla Th9, zřetelný ventrální posun Th8 oproti Th9 o 7 mm - tlak na dur. vak, míchu, kostní fragmenty zasahují do obou neuroforamin Th8/9, lze předpokládat tlak na příslušné nerv. kořeny a prokrvácení měkkých tkání v okolí
2. kominutivní fraktura obratlového těla L2, mnohočetné lomné linie v oblasti těla i oblouku, fragmenty dislokované, posun obratlů L1 a L2 vůči sobě. Páteřní kanál výrazně zúžený - lze předpokládat útlak durálního vaku event. míchy v této oblasti. Prosáknutí měkkých tkání především paravertebrálního svalstva.
3. fraktura oblouku obratle L5 oboustranně s odlomením spinozního výběžku a traumatickým posunem L5 oproti S1 o 12 mm, patrně též tlak na durální vak. Dále další fraktury na axiálním skeletu, fraktury žeber Th10, 11 vlevo a Th 11 vpravo bez dislokace.
4. V plicním parenchymu četné opacity mléčného skla - kontuze - především v dolních lalocích více vpravo, méně však i v horních lalocích bilaterálně.
5. Menší ohraničený pneumotorax vlevo v dolním laloku paramediastinálně
6. vpravo kaudální pol. ledviny se prakticky postkontrastně nevysycuje kontrastní látkou - lze předpokládat kontuzi parenchymu P ledviny v této oblasti. či laceraci větévky renální tepny s ischemizací této oblasti. susp. drobný subkapsulární hematom v dolní třetině L ledviny.
7. přiměřený nález na nativním CT mozku, bez zřetelného traumatu skeletu neurokrania a C páteře. Bez známek intrakraniálního krvácení.

**RTG S+P:** po zavedení CŽK cestou v. subclavia s koncem v HDŽ vpravo bez známek PNO. popis viz CT (nevýrazná zastření v dolních plicních polích charakteru patrně kontuzních změn, menší fluidopneumotorax vlevo paramediastinálně - na sn. se zobrazující jako projasnění v srdečním stínu.)



**EKG:** Sinusový rytmus AS 112/min

**Laboratorní vyšetření:**

**Biochemie:** Na 137 mmol/l, K 3,9 mmol/l, Cl 107 mmol/l, Ca<sup>2+</sup> 0,969 mmol/l, Ca celkový 1,76 mmol/l, fosfor 0,81 mmol/l, Mg 0,91 mmol/l, glukóza 8,2 mmol/l, laktát 1,6 mmol/l, urea 3,7 mmol/l, kreatinin 78 umol/l, bilirubin celkový 6 umol/l, AST 1,29ukat/l, ALT 0,75 ukat/l, ALP 0,62 ukat/l, GGT 0,70 ukat/l, celková bílkovina 37,0 g/l, Albumin 24,0 g/l, prealbumin 0,12 g/l, CRP 7,5 mg/l

**Krevní obraz:** Leukocyty 11,4 10<sup>9</sup>/l, Erytrocyty 2,32 10<sup>12</sup>/l, Hemoglobin 71,0 g/l, Hematokrit 0,193 1/1, Střední objem erytrocytů 83,2fl, průměrné množství Hb v erytrocytu 30,6pg, průměr koncentrace Hb v erytrocytu 0,368 kg/l, distribuční šíře velikosti erytrocytů 12,2 %, trombocyty 160,0 10<sup>9</sup>/l, destičková hematokrit 0,180 x10 ml/l, střední objem trombocytů 11,5 fl, distribuční šíře velikosti trombocytů 13,3 fl

**Hemokoagulační vyšetření:** Protrombinový test (QUICK) - plná krev, čas 18,7 s, R 1,43 1/1, INR 1,57 1/1, normál 13,1 s, APTT - plná krev - APTT 39,4 s, APTT R 1,17 1/1, APTT normál 33,8 s, Trombinový test - plná krev 15,8 s

**Krevní plyny:** pH 7,304, pCO<sub>2</sub> 5,76 kPa, pO<sub>2</sub> 25,24 kPa, cHCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 20,2 mmol/l, cHCO<sub>3</sub> 21,0 mmol/l, BE -5,0 mmol/l, BB 39,6 mmol/l, SO<sub>2</sub> 99,3%, SO<sub>2</sub>(c) 99,5%, AG 14,4 mmol/l, Osm 274 mOsm/kg, tHb 6,8g/dL, COHb 0,010, O<sub>2</sub>Hb 0,978, MetHb 0,006, HHb 0,007

### 4.3. Průběh hospitalizace

#### 1. den

Cestou urgentního příjmu bylo u pacienta bez odkladu provedeno CT vyšetření včetně neurologického, ortopedického a chirurgického konzília. Po zhodnocení stavu byl pacient ihned převezen k dalšímu ošetření na jednotku ARO. Zde byla zahájena kontinuální monitorace vitálních funkcí a pro nutnost bezprostředního operačního zákroku bylo přistoupeno k zahájení analgosedace, zajištění dýchacích cest a UPV. Pacientovi byly zavedeny potřebné invazivní vstupy a byla zahájena objemová resuscitace, antiedematózní a antibiotická léčba. Pacient neměl objektivní náhled na vzniklou situaci, byl v ohrožení života a nebyl schopen vyjádřit souhlas s hospitalizací. Muž byl tedy převzat do péče bez vyjádření souhlasu a do 24 hodin bylo zahájeno detenční řízení dle § 38 odst. 1) písmena b)/c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

### Invazivní vstupy:

- nejprve zaintubován ETK č. 8
- zacévkován PMK č. 16
- po aseptické přípravě zaveden CŽK Arrow AGB+ trilumen do v. subclavia dx vpich 1x, zavedení katetru bez komplikace
- zaveden arteriální katetr G 22 do a. radialis sin, vpich 1x, bez problémů
- v závěru resutura 3 stehy sečné rány na krku vpravo
- zavedena NGS č. 16 a ponechána na spád

### Vstupní medikace při zavádění invazivních vstupů:

| Lék (forma)                                      | Dávka          | Léková skupina               | Indikace  |
|--|----------------|------------------------------|---|
| Hypnomidate inj<br>(etomidatum)                  | 20 mg i.v.     | Anestetikum                  | úvod do anestezie   |
| Succinylcholinjodid inj<br>(suxametonii iodidum) | 50 mg i.v.     | Periferní svalová relaxancia | relaxace příčně pruhovaného svalstva<br>Tracheální intubace |
| Morphin inj<br>(morphini hydrochloridum)         | 2 x 10 mg i.v. | Opioidy                      | premedikace, analgezie                                      |
| Apaurin inj<br>(diazepamum)                      | 10 mg i.v.     | Benzodiazepiny               | premedikace, sedace, ataranalgezie                          |
| Fentanyl inj<br>(fentanylum)                     | 4 ml i.v.      | Opioidy                      | premedikace, nitrožilní anestezie, analgezie, analgosedace  |
| Arduan inj<br>(pipecuronii bromidum)             | 4 mg           | Periferní svalová relaxancia | periferní svalová relaxancia                                |
| F1/1 inf<br>(NaCl 0,9 %)                         | 3 x 100 ml     | Krystaloidní roztok          | izotonický roztok   |

Tabulka 3: Vstupní medikace při zavádění invazivních vstupů

### Medikace před odjezdem na operační sál:

| Lék (forma)                                  | Dávka              | Léková skupina      | Indikace   |
|--|--------------------|---------------------|--|
| Midazolam inj<br>(Midazolamum)               | 100 mg<br>2,0 ml/h | Hypnotika           | premedikace, sedace s amnézií  |
| SoluMedrol inj + F1/1<br>(methylprednisolum) | 2 g<br>500 ml/h    | Glukokortikoidy     | potlačení zánětlivých a alergických projevů a stavů, edém mozku, šok |
| Plasmalyte inf                               | 2 x 500 ml         | Krystaloidní roztok | izotonický roztok  |
| Volulyte 6 % inf<br>(Hydroxyethylamylum)     | 2 x 500 ml         | Plazmaexpandéry     | náhrada krevní plazmy  |

Tabulka 4: Medikace před odjezdem na operační sál

### Urgentní operační ošetření páteře:

Příjem pacienta na operační sál 1,5 hodiny od příjmu na oddělení a po zajištění invazivních vstupů a vitálních funkcí. Na operační sál předán s 3x Plasmalyte 500 ml a objednáno 4 x TU MPL a 4 x TU EBR.

Na operačním sále provedena repozice, instrumentace, stabilizace, deliberace TH 9+L2 s odstupem naplánována deliberace L5/S1.

Krevní ztráta cca 800ml, cave lacerace durálního vaku s mmokové leakage - riziko occipitálního konu, 2 drény na podtlak, ATB profylaxe.

Doporučeno polohovat na záda a poloboky bez rotace trupu.

### Po výkonu:

- pacient oběhově nestabilní na podpoře katecholaminů, TK 105/50, P 106/min, APACHE II 22 bodů
- analgosedován, RASS udržován -4/-5
- UPV pokračuje G5 VS-CMV, FiO2 0,3 DV 600ml DF 12/min PEEP 5 cm
- chladná periferie, TT 35,8 °C, špatně měřitelné SpO2 96-100%
- obvaz na krku mírně prosakoval
- CVP 14 cm, diuréza nižší 80-90 ml/hod, moč čirá
- poloha na poloboku s ohledem na zavedené drény
- operační rána neprosakuje
- kontrolní laboratoř za 2 hod, dále a 6 hod.

| Lék (forma)                                  | Dávka                  | Léková skupina                | Indikace   |
|--|------------------------|-------------------------------|--|
| Midazolam inj<br>(Midazolamum)               | 100 mg<br>2,0 ml/h     | Hypnotika                     | premedikace, sedace s amnézií  |
| SoluMedrol inj + F1/1<br>(methylprednisolum) | 5 g<br>500 ml/24h      | Glukokortikoidy               | potlačení zánětlivých a alergických projevů a stavů, edém mozku, šok |
| Noradrenalin + G5 %<br>(noradrenalinum)      | 5 mg<br>+ 15ml i.v.    | Sympatomimetika               | hypotenze se snížením periferního odporu                             |
| Clexane inj<br>(enoxaparinum natricum)       | 0,4 ml s.c.            | Antikoagulancia               | profylaxe tromboembolických chorob                                   |
| Ceftriaxon inj + F1/1                        | 2 g a 8 hod<br>i.v.    | Antibiotikum                  | cefalosporinové baktericidní ATB III. Generace                       |
| Oxacilin inj + F1/1                          | 2 g a 4 hod<br>i.v.    | Antibiotikum                  | penicilinové ATB   |
| Controloc inj + F1/1                         | 40 mg a 12<br>hod i.v. | Inhibitory<br>protonové pumpy | potlačení kyselé žaludeční sekrece,<br>prevence peptického vředu     |

|   |                   |                    |   |
|---|-------------------|--------------------|---|
| Maalox + čaj (algedratum + magnesi hydroxidum)  | 10 ml + 50 ml NGS | Antacida           | prevence peptického vředu   |
| EBR - Erytrocyty bez buffy coatu resuspendované | 1 x TU i.v.       | Transfúzní terapie | náhrada krevních derivátů, nízký obsah leukocytů a reziduální množství plazmy |
| MPL<br>Čerstvá mražená plazma                   | 3 x TU i.v.       | Transfúzní terapie | krvácivé stavy, volumoterapie, imunoterapie                                   |

Tabulka 5: Medikace po operačním výkonu

### Infuzní terapie:

- 2 x Plasmalyte 500 ml +KCl 7,45% 40 ml, MgSO4 10 % 10 ml na 13 hod,
- 2 x G5 % 500 ml + Morphin 1% 20 mg na 13 hod
- 1 x Plasmalyte 500 ml na 13 hod

**Bilance tekutin:** + 4100 ml + 1 x TU EBR a 3 x TU MPL

|                      |                |                     |                |
|----------------------|----------------|---------------------|----------------|
| krystaloidy          | 5300 ml        | moč                 | 1650 ml        |
| koloidy              | 1000 ml        | žaludeční obsah     | 50 ml          |
| NGS                  | 100 ml         | drény               | 600 ml         |
| <b>Příjem celkem</b> | <b>6400 ml</b> | <b>Výdej celkem</b> | <b>2300 ml</b> |

Tabulka 6: Bilance tekutin po 1. dni hospitalizace

## 2. den

Pacient při zavedené terapii klidný, bez změny klinického a neurologického nálezu. Léčba navýšena o diuretickou podporu Furosemid 80 mg/24 hod i.v. Podáno 4 x TU EBR.

- oběhově nestabilní na podpoře katecholaminů, TK 130/70, P 83/min, APACHE II 18
- analgosedován, RASS udržován -4/-5
- UPV pokračuje G5 VS-CMV, FiO2 0,35 DV 600 ml DF 12/min PEEP 5 cm, na algický podnět interference s UPV, kašel
- TT 36,7 °C, SpO2 97-100%
- Rána na krku klidná, čistá, neprosakovala
- CVP 14 cm, diuréza nižší 80-90 ml/hod, moč čirá
- poloha na poloboku s ohledem na zavedené drény
- drén odváděl serosanquinolentní tekutinu
- operační rána klidná, neprosakuje
- zavedená léčba trvá – navýšeno o diuretickou léčbu Furosemid 80 mg/24 hod
- peristaltika neslyšná
- kontrolní laboratoř a 6 hod.

**Bilance tekutin:** + 800 ml (celkem od příjmu +4900 ml) + 4x TU EBR

|                      |                |                     |                |
|----------------------|----------------|---------------------|----------------|
| krystaloidy          | 5800 ml        | moč                 | 4800 ml        |
| koloidy              |                | žaludeční obsah     | 100 ml         |
| NGS                  | 200 ml         | drény               | 300 ml         |
| <b>Příjem celkem</b> | <b>6000 ml</b> | <b>Výdej celkem</b> | <b>5200 ml</b> |

Tabulka 7: Bilance tekutin po 2. dni hospitalizace

### 3. den

Pacient oběhově stabilizován, bez změny klinického a neurologického nálezu. Zahájen weaning od UPV – převádění pacienta na spontánní ventilaci. Zavedená léčba trvá.

- APACHE II 16
- změna analgosedace, RASS -3/-2, lehká sedace, probuditelný hlasem

| Lék (forma)                         | Dávka                           | Léková skupina      | Indikace  |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------|---|
| Dexdor + F1/1<br>(dexmedetomidinum) | 0,2 µg + 48 ml<br>4,0 ml/h i.v. | Sedativum           | sedace v intenzivní péči, vybuzení na verbální podnět RASS 0 / -3 |
| Propofol 1 %<br>(propofolum)        | 10 ml/h i.v.                    | Celkové anestetikum | sedace u ventilovaných pacientů                                   |

Tabulka 8: Změna analgosedace 3. den hospitalizace

- UPV - ventilační režim upraven na synchronizovaná intermitentní zástupovou ventilaci V-SIMV, FiO<sub>2</sub> 0,35, DV 550ml, Df 6/min, PEEP5cm, PS 15 cm.
- občasný výskyt psychomotorického neklidu.
- peristaltika neslyšná
- do infuzní terapie byla zavedena parenterální výživa ve formě all-in-one infuzního vaku Olimel N9 1000 ml + Humulin R inzulin 24j/24h

**Bilance tekutin:** + 150 ml (celkem od příjmu +550 ml)

|                      |                |                     |                |
|----------------------|----------------|---------------------|----------------|
| krystaloidy          | 4450 ml        | moč                 | 4200 ml        |
| koloidy              |                | žaludeční obsah     | 200 ml         |
| NGS                  | 200 ml         | drény               | 120 ml         |
| <b>Příjem celkem</b> | <b>4650 ml</b> | <b>Výdej celkem</b> | <b>4500 ml</b> |

Tabulka 9: Bilance tekutin po 3. dni hospitalizace

### 4. den

Pacient oběhově stabilní. Zahájen weaning od UPV – převádění pacienta na spontánní ventilaci. Zavedená léčba trvá.

- APACHE II 15
- změna analgosedace Dexdor 0,2 mg +48 ml F1/1 r= 8 ml/h a Morphinem v inf, RASS -2/+2, lehká sedace, probuditelný hlasem, snaha komunikovat
- UPV - V-SIMV, FiO2 0,35, DV 550 ml, DF 2/min, PEEP 5 cm, PS 10 cm, Ayrovo T na 30 minut a 3 hod
- občasný výskyt výrazného psychomotorického neklidu
- objednáno psychiatrické konzilium
- peristaltika neslyšná
- na noc opět navýšena sedace o Propofol 10 ml/h.

**Ortopedické konzilium:** Převaz operační rány, ta zcela klidná, bez zarudnutí či sekrece. Drén I. Extrahován + odeslán na kultivaci, Drén II. Ponechán. Doporučení: Nadále polohování na poloboky. Kontrola pp.

#### **Léčebná rehabilitace:**

Kineziologické vyš.: Na UPV, SpO2 97 %, farmakologicky sedován, výzvě vyhoví, aktivní hybnost HKK funkční, paraplegie DKK, hrudník symetrický, dolní typ dýchání, hrudník se hůře rozvíjí laterálně, pasivní pohyb HKK v normě, svalová síla HKK oslabena.

RFT: kontaktní dýchání, nácvik správného stereotypu dýchání, iLTV aktivní a asistované cvičení HKK

#### **Laboratorní vyšetření:**

**Biochemie:** Na 138,6 mmol/l, K 3,7 mmol/l, Cl 99,1 mmol/l, Ca<sup>2+</sup> 1,130 mmol/l, Mg 0,88 mmol/l, Mg ionizované 0,52 mmol/l, glukóza 6,8 mmol/l, laktát 1,0 mmol/l, urea 6,4 mmol/l, kreatinin 72 umol/l, bilirubin celkový 6 umol/l, AST 1,29ukat/l, ALT 0,75 ukat/l, CRP 105,8 mg/l, U-glukóza 0,4 mmol/l, U-ketolátky 0 arb.j., U-urea 134 mmol/l, U-kreatinin 4,12 mmol/l, U-Na 80 mmol/l, U-K 66 mmol/l, U-Cl 142 mmol/l, dU-glukóza 1,7 mmol/d, dU-urea 563 mmol/d, dU-kreatinin 17,3 mmol/d, dU-Na 336 mmol/d, dU-K 277mmol/d, dU-Cl 596 mmol/d, clearance kreatininu 2,78 ml/s

**Krevní obraz:** Leukocyty 8,5 10<sup>9</sup>/l, Erytrocyty 3,23 10<sup>12</sup>/l, Hemoglobin 89,0 g/l, Hematokrit 0,264 1/1, Střední objem erytrocytů 81,7fl, průměrné množství Hb v erytrocytu 27,6pg, průměr koncentrace Hb v erytrocytu 0,337 kg/l, distribuční šíře velikosti erytrocytů 13,1 %, trombocyty 308,0 10<sup>9</sup>/l, destičková hematokrit 0,320 x10 ml/l, střední objem trombocytů 10,4 fl, distribuční šíře velikosti trombocytů 11,4 fl

**Hemokoagulační vyšetření:** Protromb. test (QUICK) - plná krev, čas 14,5 s, R 1,11 1/1, INR 1,14 1/1, normál 13,1 s, APTT - plná krev - APTT 35,8 s, APTT R 1,08 1/1, APTT normál 33,2 s, Trombinový test - plná krev 20,4 s, fibrinogen 7,13 g/l,

**Krevní plyny:** pH 7,427, pCO<sub>2</sub> 6,3 kPa, pO<sub>2</sub> 12,43 kPa, cHCO<sub>3</sub><sup>st</sup> 28,8 mmol/l, cHCO<sub>3</sub> 30,4 mmol/l, BE 5,4 mmol/l, BB 50,9 mmol/l, SO<sub>2</sub> 97,5%, SO<sub>2</sub>(c) 97,5%, AG 12,8 mmol/l, Osm 279 mOsm/kg, tHb 8,9g/dL, COHb 0,011, O<sub>2</sub>Hb 0,961, MetHb 0,004, HHb 0,024

#### 4.4. Ošetrovatelská anamnéza

Ošetrovatelská anamnéza byla odebrána 4. den hospitalizace během ošetrování pacienta na základě komunikace s pacientem, z lékařské a ošetrovatelské dokumentace. U pacienta byl lékařem zahájen weaning – převádění pacienta na spontánní ventilaci. Jedná se o postupné snížení tlakové podpory a podporovaných zástupových dechů na dýchacím přístroji. Komunikace byla ztížena komunikační bariérou (endotracheální kanyla, jazyková bariéra, analgosedace). Během dne bylo zaznamenáno střídání klidu a častého motorického neklidu, který vygradoval až v pokus opustit lůžko. Pacienta bylo během afektu velmi obtížné verbálně zklidnit. V podvečer byla u pacienta opět navýšena analgosedace. S ohledem na osobní anamnézu bylo objednáno psychiatrické konzilium.

##### Fyziologické funkce:

- TK až 170/90 mm Hg
- TF až 110/min
- SpO<sub>2</sub> 94-99 %
- DF až 38/min
- TT 36,9 °C

##### Fyzikální vyšetření:

- výška 175 cm
- váha 74,6 kg
- BMI 24,4 – ideální váha

##### Hodnotící škály:

- Barthelův test základních všedních dovedností ADL 0 bodů – vysoce závislý
- Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové 15 bodů – velmi vysoké
- Riziko pádů 9 bodů – pacient je v riziku
- RASS -2 / +2
- APACHE II – 15 bodů

**Stav vědomí:** pacient byl během dne při vědomí pod vlivem analgosedace. Spolupráce s ním byla náročná, neboť byl chvílemi dezorientovaný a afektovaný.

**Dýchání:** bylo zahájeno převáděním na spontánní ventilaci. Péče o dýchací cesty byla zajištěna intermitentním odsáváním z dýchacích cest, aktivním odkašláváním pacienta, inhalační terapií a zahájením léčebné rehabilitace.

**Komunikace:** byla narušena přítomností endotracheální kanyly, analgosedace a jazykovou bariérou. Pacient byl s ohledem na stav vědomí nárazově velmi aktivní, ale brzy se unavil.

**Kvalita spánku:** byla narušena s ohledem na nepřetržitý chod oddělení a analgosedaci. Spal nárazově a krátce i během dne.

**Psychický stav:** muž byl chvílemi velmi klidný a spolupracoval, ale postupem dne došlo k nárůstu atak psychomotorického neklidu a bylo nutné navýšení analgosedace. Byl velmi rozrušený z necitlivosti a nehybnosti dolních končetin, ze situace, ve které se ocitl. S ohledem na osobní anamnézu bylo objednáno psychiatrické konzilium.

**Bolest:** pacient bolest neudával. Míra analgosedace byla v tomto směru dostatečná.

**Významný tělesný nebo smyslový handicap:** pacient utrpěl důsledkem stávajícího úrazu paraplegii dolních končetin. Nyní byl po operaci hrudní páteře, plně ležící s možností polohování na poloboky.

**Kompenzační pomůcky:** zatím žádné.

**Stav výživy a hydratace:** kombinace enterální a parenterální výživy – BMI 24,4.

**Diuréza:** dostatečná, moč makroskopicky čirá bez sedimentu.

**Stolice:** zatím žádná, peristaltika nevýrazná.

**Kůže:** operační rána klidná bez sekrece, rána na krku rovněž, jiné defekty nemá.

**Invazivní vstupy:** funkční, bez známek infekce.

- ETK č. 8 – 4. den
- PMK č. 16 – 4. den
- CŽK trilumen – 4. den
- ART G 22 – 4. den
- NGS č. 16 – 4. den

**Pohybová aktivita:** pasivní rehabilitace. Dnes zahájena léčebná rehabilitace, kontaktní dýchání, nácvik správného stereotypu dýchání, iLTV aktivní a asistované cvičení HKK zatím velmi omezeně.

**Hygiena a nácvik sebepečce:** pacient je zatím nesoběstačný, nutná dopomoc a motivace. Pacient měl zavedeno mnoho invazivních vstupů a byl velmi nejistý.



#### 4.5. Ošetrovatelský proces z pohledu multikulturního ošetrovatelství

Objektem ošetrovatelského procesu je vždy pacient jako celek. Přístup k němu je tedy vždy holisticky pojatý. Chceme-li zohlednit také multikulturní pohled, musíme posouzení pacienta obohatit o potřebné etnokulturní hodnocení. Pro tuto práci jsem záměrně vybrala výstup dvouletého projektu zpracovaného pro MZČR *Integrace cizinců aneb o překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*, neboť použitím v této případové studii, kdy je pacient v kritickém stavu, lze získat ucelený a jednoduchý přehled o pacientovi za účelem vytvoření kulturně ohleduplné péče.

V transkulturním ošetrovatelství bylo vytvořeno několik modelů. Za nejznámější lze považovat model „vycházejícího slunce“ jehož autorkou Madelein Leiningerová. Tato teorie se opírá o rozlišení tradiční a profesionální péče, o spektrum sociokulturních faktorů, které ovlivňují vnímání nemoci a zdraví i vlastní péči. Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče od Gigerové J. N. a Davidhizarové R. byl vytvořen v návaznosti na předchozí model ve snaze usnadnit a urychlit kulturně specifické hodnocení potřeb pacienta. Zajímavý je v něm pohled na vnímání času v dané kultuře, neboť preventivní péče je orientována do budoucna (Špirudová, 2006).

Podle Špirudové mají být nedílnou součástí ošetrovatelského hodnocení následující informace:

*Etnicita* – se týká především informací o tom, jak dlouho je pacient v České republice, zda se jedná o přistěhovalce, utečence a zda žije v uzavřené komunitě či nikoliv.

*Jazyk* - snažíme se identifikovat jakým jazykem hovoří, zda hoří českým jazykem, jaký jazyk je mateřský a jaký jiný jazyk ovládá a do jaké míry. Je nutné mít zpětnou vazbu, že pacient bude schopný informace v daném jazyce chápat.

*Náboženské a duchovní potřeby* – je nutné identifikovat a respektovat. Hodnotový systém a přístup k léčbě jimi může být výrazně ovlivněn.

*Model rodiny* – její struktura a hierarchie je důležitá při rozhodování během léčby a v situacích jako například během narození či umírání. V některých kulturách je rovněž péče zdravotníka opačného pohlaví nevhodná.

*Sociální, materiální a ekonomické zázemí rodiny (také politický statut)* – tyto informace mohou mít velký vliv na spolupráci a léčbu. Tyto informace jsou spojeny se zdravotním pojištěním a zajištěním rodiny.

*Způsob stravování a stravovací tabu* – je vhodné mít informace nejen o potravinových alergiích, ale především o pokrmech a ingrediencích, které jsou v dané kultuře zakázány. Strava je důležitá pro získání energie i důvěry pacienta.

*Názory na zdraví a zdravotní praktiky* – jsou důležité pro identifikaci předchozích obtíží pacienta, praktik dosavadní léčby a pro pochopení očekávání, se kterými pacient přichází.

V této případové studii byly zhodnoceny možné kulturní rozdíly za účelem zjištění stavu potřeb pacienta a naplňování individuální kulturně specifické péče. Všechna posouzení byla ovlivněna mírou stávající analgosedace a především fyzickým i psychickým stavem pacienta.

#### **4.5.1. Posuzování**

- **Etnicita** – pacient byl francouzské národnosti – příslušník západoevropského státu. Na základě typicky francouzského jména se dalo usuzovat na rodilého Francouze.
- **Jazyk** – francouzština a angličtina. Pacient v malé míře reagoval na některé běžné anglické výrazy. Jejich využití však bylo velmi omezené a bylo zjevné, že jeho slovní zásoba byla dosti omezená. Na základě poskytnutých jazykových podnětů bylo zjištěno, že jiný světový jazyk bohužel neovládal. Na rodný jazyk reagoval velmi pozitivně. Francouzsky mluvící personál však nebyl na pracovišti běžně přítomen. Pacient se v rámci svých možností snažil komunikovat pomocí neverbálních komunikačních technik. Využíval především gest a mimických výrazů tváře. Dobře reagoval na dotek a vhodně zvolený tón hlasu.
- **Náboženské a duchovní potřeby** – v osobních věcech pacienta se nacházel řetízek s přívěskem, který znázorňuje křesťanský symbol kříže. S ohledem na toto zjištění a národnost pacienta bylo možné usuzovat na římskokatolické vyznání, které je ve Francii dominantní. Bohužel v této fázi nebylo možné tuto domněnku s jistotou potvrdit.
- **Model rodiny** – rodinná politika ve Francii se opírá o propracovaný systém podpory rodinám s dětmi. Podporu od státu mají jak rodiče, kteří oba pracují, tak i ti, co se rozhodnou pečovat o děti a odejít ze zaměstnání. Preferována jsou sezdaná manželství (Dobiášová, 2012).
- **Sociální, materiální a ekonomické zázemí rodiny** – na základě nalezených dokladů bylo usuzováno na to, že byl pacient v České republice pouze na přechodnou dobu, a to za účelem návratu do Francie z cest. Muž se dostal do finanční tísně, došly mu léky a ztratil jízdenku domů. Tuto stresovou situační krizi řešil zkratovým způsobem. Muž byl svobodný a zdravotnické zařízení navázalo kontakt s matkou pacienta.

- **Způsob stravování a stravovací tabu** – v současné době se u pacienta kombinovala parenterální a enterální výživa. Příjem per os zatím nebyl zahájen. Francouzi jsou známi svou vybranou gastronomií a množstvím času, který jídlu věnují. Bylo možné předpokládat, že i u tohoto pacienta bude kladen důraz na pestrost stravy a potřebu vyšší úrovně stolování.
- **Názory na zdraví a zdravotní praktiky** – pacient neměl objektivní náhled na nemoc. Jeho názor na zdraví byl ovlivněn akutním i chronickým onemocněním (schizofrenie). Nebylo možné s určitostí říci, zda se jeho náhled na nemoc změnil.

#### 4.5.2. Stanovení ošetřovatelských diagnóz

Stanovení ošetřovatelských diagnóz u tohoto pacienta bylo důležité pojmout z několika pohledů. Jednalo se o pacienta v těžkém poúrazovém stavu ze suicidálních příčin, s těžkým fyzickým handicapem do budoucna a o pacienta cizince. Je zde mnoho akutních, potencionálních a edukačních diagnóz neboť léčba tohoto pacienta byla náročná a bez pochyb bude také dlouhodobá.

- 00132 akutní bolest
- 00032 neefektivní vzorec dýchání
- 00034 negativní reakce organismu na odpojení od ventilátoru
- 00051 zhoršená verbální komunikace
- 00128 akutní zmatenost
- 00093 únava
- 00069 neefektivní zvládání zátěže
- 00108 deficit sebepéče při koupání
- 00110 deficit sebepéče při vyprazdňování
- 00018 reflexní inkontinence moči
- 00039 riziko aspirace
- 00004 riziko infekce
- 00155 riziko pádů
- 00206 riziko krvácení
- 00150 riziko sebepoškození
- 00145 riziko posttraumatického syndromu
- 00010 riziko autonomní dysreflexie
- 00203 riziko neefektivní renální perfuze
- 00149 riziko syndromu z přemístění
- 00174 riziko oslabení lidské důstojnosti
- 00153 riziko snížení sebeúcty
- 00170 riziko zhoršení religiozity
- 00157 snaha zlepšit komunikaci

#### **4.5.3. Plán a realizace ošetrovatelské péče**

- **Monitorace**

Cíl: Pacient bude mít fyziologické hodnoty vitálních funkcí. Bude včas zaznamenána změna hydratace, ventilačních parametrů, EKG křivky, vědomí, přítomnost krvácení, nefunkčnost invazivních vstupů, atd.

- kontinuální monitorace EKG křivky
- kontinuální monitorace SpO<sub>2</sub>
- měření TK, P, DF, TT a kontrola zornic – a 1 hodina
- RASS a 6 hodin
- příjem a výdej tekutin a 1 hodina
- charakter sekretu z dýchacích cest, stolice a moče
- funkčnost invazivních vstupů a 1 hodina
- sledování výsledků průběžných vyšetření (KO, biochemie, INR, APTT, ABR)
- kontrola prokrvení a polohy dolních končetin.

U pacienta byly kontinuálně monitorovány vitální funkce a byl pod stálým dohledem ošetrujícího personálu. U pacienta byl zahájen weaning od UPV. Převod pacienta na spontánní ventilaci byl podpořen změnou medikace. Snížení analgosedace bylo naplánováno od časného rána a bylo doprovázeno očekávanou změnou vědomí pacienta. Pacient byl v průběhu dopoledne klidný, dezorientovaný, nárazově pospával. Návrat k plnému vědomí byl pozvolný. Postupem dne docházelo k nárůstu atak psychomotorického neklidu, které byly doprovázeny především tachykardií, hypertenzí a interferencemi s dýchacím přístrojem a nárůstem vodnatého sekretu z dýchacích cest. Mimo ataky byl oběhově stabilní a jeho stav byl uspokojivý. Vzhledem k prodělanému traumatu v oblasti páteře byla v podvečer analgosedace opět navýšena. Zároveň byl objednáán psychiatr ke konzultaci psychického stavu pacienta.

- **Pohybový režim**

Cíl: Prevence imobilizačního syndromu, proleženin, svalových atrofií a kontraktur.

- zajištění vhodné polohy
- antidekubitní matrace s aktivním režimem
- zajištění vhodných polohovacích pomůcek
- kontrola prokrvení a polohy dolních končetin
- využití konceptu bazální stimulace

Důsledkem traumatu na páteři s poraněním míchy byla u pacienta plná motorická, senzorická i autonomní dysfunkce. Konkrétně se jednalo o paraplegii dolních končetin, poruchu všech kvalit cití v této oblasti a poruchu mikce a defekace. Pohyblivost horních končetin zůstala zachována.

Pacient měl k dispozici vhodné polohovací lůžko s antidekubitní matrací s aktivním režimem. Pacient byl polohován po 3 hodinách na poloboky, aby byla zajištěna funkčnost drenáže operační rány. Polohován byl vždy bez rotace trupu za asistence většího počtu ošetřujícího personálu. Prevence proleženin byla podpořena vhodnými polohovacími pomůckami a čistým a suchým lůžkem. Prevence kontraktur a svalové atrofie byla konzultována během kineziologického vyšetření s rehabilitačním pracovníkem. V rámci léčebné rehabilitace bylo zahájeno kontaktní dýchání, nácvik správného stereotypu dýchání, iLTV aktivní a asistované cvičení HKK. Zatím však velmi omezeně.

- **Hygienická péče**

Cíl: Pacient má dostatek informací o způsobu provádění hygienické péče, zachování intimity a o snížení rizika infekce. Snaha zapojit pacienta do sebepéče.

Péče o invazivní vstupy:

- ETK – kontrola polohy, převaz a péče o kůži obličeje
- CŽK – kontrola místa vpichu, funkčnosti a převaz
- ART – kontrola místa vpichu, funkčnosti a převaz
- PMK – kontrola průchodnosti a okolí uretery
- NGS – kontrola a změna polohy, převaz a péče o kůži obličeje

**Péče o rány:** kontrola, převaz a péče o kůži v okolí ran za aseptických podmínek.

S ohledem na pooperační stav pacienta byla realizována hygienická péče ošetřujícím personálem na lůžku, a to se zachováním možné intimity. Pacient byl na krátkou dobu schopen pochopit pokyny ve smyslu zvednout ruku, vypláznout jazyk, apod. Byl velmi rozrušený z necitlivosti a nehybnosti dolních končetin, ze situace, ve které se ocitl.

Kůže pacienta byla čistá, klidná a bez defektu. Operační rána, sečná rána na krku a invazivní vstupy byly klidné bez známek infekce. Všechny převazy byly realizovány za aseptických podmínek.

- **Výživa**

Cíl: Pacient je informován o způsobu přijímání výživy. Bilance příjmu a výdeje tekutin bude vyrovnaná a hodnoty laboratorních výsledků v normě.

- parenterální výživa
- enterální výživa
- kontrola laboratorních parametrů
- kontrola bilance příjmu a výdeje tekutin

Pacient byl na plné parenterální výživě a postupně u něj byla snaha o převedení na výživu enterální. Enterální výživa mu byla podávána intermitentně v malých bolusových dávkách po 3 hodinách. Pacient byl o podávání výživy informován. Míra pochopení však nebyla jednoznačná. V tolerování výživy měl dnes opět výkyvy. S největší pravděpodobností byly výkyvy vázány na ataky psychomotorického neklidu.

Laboratorní hodnoty – krevní obraz, triglyceridy, cholesterol, plazmatické bílkoviny, albumin, vitamíny, urea, kreatinin a minerální látky – byly v normě. Bilance tekutin vyrovnaná.

- **Vyprazdňování**

Cíl: Zajištění péče o plně inkontinentního pacienta. Nebude mít poškozenou kůži v oblasti konečníku. Nebude trpět infekcí spojenou se zavedením PMK.

- kontrola a péče o kůži v oblasti konečníku
- kontrola ústí uretery a příměsí v moči
- kontrola bilance příjmu a výdeje tekutin

S ohledem na plnou inkontinenci pacienta byl pacientovi vstupně zaveden PMK pro zajištění derivace moči. Moč byla makroskopicky čirá, světle žluté barvy. Kůže v okolí ureteru klidná. Peristaltiku měl pacient stále výrazně oslabenou. Kůže konečníku byla suchá bez známek poškození a byla ošetřena vhodným přípravkem pro prevenci vzniku opruzenin.

- **Bolest**

Cíl: Včasné odhalení a snížení případné pooperační a poúrazové bolesti podáním předepsaných analgetik.

- podávání analgosedace
- monitorace pomocí RASS – Richmond Agitation and Sedation Scale

Pacient byl bez bolestí. Míra analgosedace byla monitorována a během dne se pohybovala od -2 / +2. Od lehké sedace, kdy bylo možné pacienta probudit oslovením, až po agitovanost, při kterých docházelo k interferencím s UPV. Objektivně pro něj byla nejvíce nepříjemná endotracheální kanyla v ústech. Ostatní invazivní vstupy toleroval dobře. Dá se říci, že mu byly nepříjemné. Byl velmi rozrušený z necitlivosti a nehybnosti dolních končetin, ze situace, ve které se ocitl.

#### • **Odpočinek a spánek**

Cíl: Pacient má dostatek informací o faktorech ovlivňujících spánek. Úprava lůžka, sledování bolesti a míry analgosedace. Odstranění případných rušivých elementů.

Pacient spal předchozí dny vlivem analgosedace nárazově bez ohledu na denní dobu. Po zahájení weaningu mu byla snížena analgosedace. Zpočátku byl během dopoledne klidný, dezorientovaný a nárazově pospával. Byla snaha mu objasnit rušivé elementy v okolí a chod oddělení. Postupem dne docházelo k nárůstu atak psychomotorického neklidu. Mimo ataky byl oběhově stabilní a jeho stav byl uspokojivý. Vzhledem k prodělanému traumatu v oblasti páteře a neklidu byla v podvečer analgosedace opět navýšena a pacient usnul.

#### • **Rehabilitace**

Cíl: Prevence imobilizačního syndromu, proleženin, svalových atrofií a kontraktur. Zlepšení soběstačnosti a nezávislosti v denních aktivitách a obnova pohybu nemocného.

S ohledem na dobře zvládnutý léčebný režim, polohování a bolest pacienta bylo u pacienta zahájeno rehabilitační cvičení, které bylo zaměřeno na kontaktní dýchání, nácvik správného stereotypu dýchání, iLTV aktivní a asistované cvičení HKK. Zatím však velmi omezeně. Nácvik soběstačnosti se zatím nedařil. Pacient byl rozrušený. Drobné úkony jako zmáčknutí ruky na vyžádání pochopil a provedl. Snažil se také aktivně odkašlat. Akrální části dolních končetin bylo nutné udržovat v teple, aby bylo zajištěno jejich dostatečné prokrvení.

- **Multikulturní péče a komunikace**

Cíl: Snížit narušenou komunikaci. Zlepšit neverbální komunikaci pro lepší vyjádření potřeb pacienta a zlepšení vztahu a důvěry s ošetřujícím personálem. Zlepšení orientace v novém prostředí. Zmírnění strachu, úzkosti a zátěže, která je na pacienta kladena, a to vše s ohledem na zachování důstojnosti pacienta. Zjištění duchovních potřeb pacienta.

- využití alternativních metod komunikace a komunikačních pomůcek
- kontrola nad vlastní komunikací – síla a tón hlasu, oční kontakt, mimika, gesta
- podání potřebných informací, pro zlepšení orientace v nově vzniklé životní situaci
- všímat si případných kulturních rozdílů v neverbální komunikaci – mimika, gesta, oční kontakt
- poznatky o pacientovi předat ostatnímu ošetřujícímu personálu, pro usnadnění další komunikace
- poskytnutí profesionální duchovní opory

Francouzsky mluvící personál nebyl na jednotce přítomen. Během péče byla snaha s pacientem komunikovat především v anglickém jazyce. Pacient v malé míře reagoval na některé běžné anglické výrazy. Jejich využití však bylo velmi omezené a bylo patrné, že jeho slovní zásoba byla dosti omezená. Na základě poskytnutých jazykových podnětů bylo zjištěno, že jiný světový jazyk bohužel neovládal. Pacient se v rámci svých možností snažil komunikovat pomocí neverbálních komunikačních technik. Využíval gest a mimických výrazů tváře.

Jako první komunikační pomůcka byla zvolena tabulka s písmeny. Pacient tuto metodu pochopil a pokusil se nám ukazovat jednotlivá písmena tabulky. Bohužel nebyl schopen udržet svou pozornost a rychle se v množství písmen ztrácel. Slova nebyla celá ani srozumitelná. Je možné, že i pochopení jeho výrazů ze strany personálu nebylo správné.

Jako druhá komunikační pomůcka byla zvolena tabulka na psaní. Výsledek použitý této pomůcky byl ještě horší. Psaný projev byl roztřesený a nesrozumitelný. Pacient byl unavený a ztrácel trpělivost. Nakonec tužku neudržel již v ruce, zavíral oči a neměl sílu učinit další pokus.

Jako třetí komunikační pomůcka bylo vybráno využití mobilní aplikace s možností převedení jednotlivých slov na zvukové stopy. Na rodný jazyk reagoval velmi pozitivně. Na otázky ohledně bolesti a únavy souhlasně kýval. V danou chvíli byl vyčerpaný, ale působil již klidněji. Později po odpočinku byla u pacienta realizována hygienická péče a další ošetrovatelské a lékařské úkony. Byl schopen pochopit pokyny ve smyslu zvednout ruku, vypláznout jazyk, apod. Dobře reagoval na dotek, oční kontakt a vhodně zvolený tón hlasu.



Pozornost nebyl pacient schopen udržet dlouho. Byl brzy vyčerpaný z množství informací a rušivých prvků oddělení. Nejvíce ho vždy rozrušily zvuky (např. alarm infuzní pumpy), osvětlení místnosti, které vzhledem k vykonání aseptických výkonů je nezbytné, ale nejvíce ho rušilo množství přítomného personálu. Vždy byla snaha pacientovi objasnit situaci a uklidnit ho dotekem, slovem a pokud možno odstraněním zdroje nepříjemných pocitů a úzkosti. Jako důležitý postřeh považuji potřebu očního kontaktu a doteku pro zlepšení soustředění, důvěry a komunikace s pacientem. Dále je možné říci, že byl rozpačitý z nepohyblivosti svých dolních končetin. Chvillemi se s nimi snažil pohnout pomocí rukou, odmítavě kýval hlavou. Pro danou chvíli bylo velmi obtížné jeho pozornost nasměrovat vhodným způsobem a na chvíli ji udržet.

Nová životní situace byla pro pacienta velmi obtížná. Všechny pokyny a informace bylo nutné opakovat a i přes souhlasné kývání nebylo jednoznačné, zda danou informaci dobře pochopil. Ve chvílích afektu psychomotorického neklidu nebyl schopen reagovat téměř na žádný podnět ze strany ošetřujícího personálu. Stav se s postupem dne zhoršoval a bylo nutné navýšení analgosedace.

Snažila jsem se postřehnout kulturní rozdíly v komunikaci a v potřebách pacienta. V této fázi pacientova stavu bylo velmi těžko identifikovatelné, zda se jednalo o rozdíly kulturní či pouze rozdíly osobnostního rázu (temperament).

K otázkám duchovních potřeb nebylo možné ani vhodné informace zjišťovat. Nebylo tedy potvrzeno, zda je pacient římskokatolického vyznání a zda by si návštěvu kněze přál. Samozřejmě by návštěva duchovního u lůžka pacienta byla možná.

Snaha o překonání komunikační bariéry byla pro mne impulzem vypracovat komunikační karty ve francouzském jazyce pro usnadnění ošetrovatelské péče o pacienta a její návaznosti.

## 5. Diskuse

Tématem bakalářské práce je multikulturní komunikace, a to u pacienta v rámci intenzivní péče. Ta je zde spojená s ohrožením životních funkcí pacienta, s větší psychickou zátěží a s nutností rychlého rozhodování a jednání ze strany pacienta i personálu. Úskalím spolupráce jsou komunikační bariéry, kterých není málo. Každý pacient reaguje na změnu prostředí, na hluk pracoviště, nepříjemné světlo. Každý pacient může mít změněné vědomí, vnímání, strach či bolest, která mu brání situaci dobře vyhodnotit a zvládnout. Pacient-cizinec má však navíc problém porozumět. Nerozumí, protože mluví jiným jazykem, není zvyklý mluvit o svém zdraví, nezná systém péče v naší zemi nebo neví, že dané projevy jsou příznakem nemoci a měl na ně reagovat.

Praktická část je soustředěna na pacienta z evropské velmoci, z Francie. Na jeho případu se snažím zviditelnit problematiku pacientů-cizinců na intenzivní péči, kteří, byť jsou z vyspělé země, mají problém se dorozumět. Jednalo se o schizofrenického pacienta po suicidálním pokusu pádem z výšky.

Pacient byl hospitalizován v kritickém stavu a komunikace byla vztažena na období odvykání pacienta od dýchacího přístroje. Tato fáze se vždy spojuje s trpělivostí a důslednou ošetrovatelskou péčí. Pro úspěšné zvládnutí této fáze bylo důležité s pacientem komunikovat, vysvětlovat mu vzniklou situaci a dávat mu instrukce. Pacient mohl komunikovat pouze mimikou a gestikulací, neboť s ohledem na zavedenou endotracheální kanylu nemohl vytvářet hlas a mluvit. Komunikace byla narušována i ze strany chodu oddělení. Hluk, který vydávají přístroje, množství zaměstnanců, nepřetržitý provoz a nepřehlednost situace bylo pro pacienta rovněž těžké zvládnout. Během komunikace jsem se snažila využít své komunikační a jazykové schopnosti. Bylo důležité najít vhodný způsob vzájemné komunikace. Pacientovi jsem se představila a snažila se mu podat základní informace a pokyny v anglickém jazyce. Na jednotce je možné využít komunikační tabulky na psaní a ukazování písmen. Bohužel ani jedna z těchto možností pro tohoto pacienta nebyla vhodná, neboť nebyl schopen se tak dlouho soustředit. Na pokyny v anglickém jazyce reagoval jen částečně. Bylo zřejmé, že rozumí jen některým výrazům. Kolegyně mne přivedla na myšlenku využít mobilní aplikace pro překlad do francouzského jazyka. Reakce pacienta mne mile překvapila. I přes únavu pacienta bylo jednoznačné, že tato metoda má svůj efekt. Díky této snaze byl pacient i přes ataky psychomotorického neklidu mnohem přístupnější ke komunikaci. Díky zpětné vazbě bylo jasné, že pacient chápal jednoduché výrazy a pokyny. Na vyžádání byl schopen vypláznout jazyk či zvednout ruku. Považovala jsem to za veliký úspěch společné komunikace a o své poznatky jsem se podělila s kolegy, aby na mé poznatky mohli během péče o pacienta navázat.

Na intenzivní péči se s neklidem pacientů setkáváme často. Ať už se jedná o delirantní stavy (např. po požití omamných látek) či o doznívání léků analgosedace, vždy je to

období náročné pro obě strany, tedy pro pacienty i pro zdravotníky. Komunikační dovednosti personálu považuji za důležité pro zvládnutí situace, uklidnění pacienta, udržení pacientovi pozornosti a spolupráce.

Zajímavě se k problematice komunikace postavila ve své bakalářské práci studentka Minh Thuy Leová, která vypracovala *Slovník česko-vietnamských pojmů pro komunikaci s vietnamskými ženami na gynekologicko-porodnickém oddělení*. Její výstup byl pro mne velmi motivující a přínosný. Myslím, že je důležité, abychom vnímali odlišnosti lidí, kteří v naší zemi žijí nebo ji navštěvují. V rámci poskytování ošetrovatelské péče jsme s našimi pacienty v úzkém kontaktu. Poznání a pochopení těchto kulturních odlišností nám usnadňuje komunikaci i ošetrovatelskou péči samotnou.

Z výzkumu paní Ivy Brabcové na téma *Nerovnosti ve využití zdravotní péče imigranty* vyplývá, že jazyková a kulturní bariéra je důvodem, proč imigranti nemají dostatek informací a zkušeností s českým zdravotním systémem. Zároveň jsou tyto bariéry spolu s finanční nákladností a obavami z léčby jedním z důvodů, proč nepodstupují nemocniční léčbu. Myslím si, že je potřeba, aby se zvýšily jazykové schopnosti a informovanost na obou stranách.

Zajímavý výstup měl také výzkum v rámci diplomové práce paní Terezy Malé na téma *Zkušenosti všeobecných sester s péčí o cizince na jednotkách intenzivní péče*. Dotýká se specifík ošetrovatelské péče, komunikace, bariér a pomůcek, které zdravotníci mohou využívat a využívají. České sestry si uvědomují, že při péči o cizince více gestikulují a že v akutním stádiu nemoci méně využívají pomoci tlumočnicků a piktogramů. Usnadnění práce vidí ve zlepšení jazykových znalostí zdravotníků, anebo ve vytvoření nových pomůcek, které by byly specifické pro intenzivní péči. Dobré řešení vidí v přeložených slovních obratech a větách, s tím mohu jedině souhlasit.

Není to vždy tím, že by pacienti-cizinci nechtěli komunikovat, ale často také tím, že ani my ani oni nejsme s to používat stejný jazyk a sdílet pohled na zdraví a nemoc. Nechci tedy zapomenout upozornit na internetové stránky, které vytvořilo MVPS a MV České republiky pro cizince za účel komplexního a aktuálního zdroje informací o integraci cizinců v České republice <http://cizinci.cz/cs/>. Jsou zde aktuální informace nejen na téma zdraví a zdravotní pojištění, rady pro pacienty, legislativní předpisy a možnosti zajištění tlumočení.

## 6. Závěr

Bakalářská práce „*Multikulturní komunikace na jednotce intenzivní péče*“ pojednává o aktuálnosti a potřebnosti informací v této problematice. S ohledem na nárůst turismu a počet přistěhovalců v České republice je zjevné, že počet pacientů-cizinců bude stoupat.

V teoretické části jsou objasněny základní pojmy spojené s multikulturním ošetřovatelstvím, legislativní rámec této problematiky, problematika komunikace s cizinci v intenzivní péči. Jsou zde definovány jazykové bariéry a způsoby jejich překonávání.

Případová studie zachycuje konkrétní komplikovanou situaci cizince v kritickém stavu. Demonstruje důležitost využití ošetřovatelského procesu z pohledu multikulturní péče, neboť nedílnou součástí holistického pojetí péče je také zohlednění kulturních a komunikačních odlišností pacienta-cizince.

Kulturní povědomí a jazykové vzdělání sester a všech zdravotníků je aktuální po celém světě. Mezinárodní Asociace transkulturního ošetřovatelství ***Transcultural Nursing Society*** a Evropská transkulturní asociace ***European Transcultural Nursing Association ETNA*** zajišťují podporu při výzkumu, výuce sester i při zavádění poznatků do praxe.

Výstupem této práce jsou *Komunikační karty francouzských výrazů ošetřovatelství na intenzivní péči*, a to včetně výslovnosti. Sestry by je mohly využít pro zajištění základní komunikace s pacientem tak, aby jim usnadnily překonání jazykové bariéry a pomohly při vykonávání ošetřovatelské péče a léčebných úkonů. Dále na základě kladného ohlasu ze stran kolegyně zvažují vypracování dalších jazykových verzí těchto karet a nabídnutí managementu naší kliniky.

## 7. Seznam použité literatury

*6th conference of the European Transcultural Nursing Association.* (2018). České Budějovice: University of South Bohemia. Dostupné z <https://www.etna2019.cz/>

*10 dobrých důvodů proč se učit francouzsky.* (2019). Liberec: Alliance Francaise de Liberec. Dostupné z <https://www.alliancefrancaise.cz/liberec/10-dobrych-duvodu-proc-se-ucit>

Bartůněk, P. et al. (2016). *Vybrané kapitoly z intenzivní péče.* Praha: Grada Publishing.

Blažková, J. Osobní sdělení sestry (ARO oddělení, Praha) dne 17. 12. 2018.

Brabcová, I., & Záleská, V. (2013). Nerovnosti ve využití zdravotní péče imigranty. *Zdravotnictví V České Republice*, 16(1), 8-12. Dostupné z <http://www.zdravcr.cz/images/zcr-1-13.pdf>

*Cizinci v ČR v letech 2004 - 2017 (stav k 31. 12.).* (2017). Praha: ČSÚ. Dostupné z [https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R01\\_2017.pdf/8e9515a6-e078-484a-b6fd-6eee9e929c1e?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R01_2017.pdf/8e9515a6-e078-484a-b6fd-6eee9e929c1e?version=1.0)

Dobiášová, K. (2012). *Rodinná politika ve Francii a v Německu.* Dostupné z [http://samba.fsv.cuni.cz/~dobik0as/Rodinn%C3%A1%20politika%202012/Prednaska\\_7\\_Nemecko%20a%20Francie\\_2012.pdf](http://samba.fsv.cuni.cz/~dobik0as/Rodinn%C3%A1%20politika%202012/Prednaska_7_Nemecko%20a%20Francie_2012.pdf)

*Eliška Krásnohorská: životopis.* (2019). Praha: Národní divadlo. Dostupné z <http://archiv.narodni-divadlo.cz/default.aspx?iz=cs&dk=Umelec.aspx&iu=3360&pn=256affcc-f002-2000-15af-c913k3315dpc>

*Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester.* (2003) Praha: ČAS. Dostupné z <https://www.cnna.cz/icn-eticky-kodex/>

*Evropská úmluva o ochraně lidských práv.* (2013) Strasbourg Cedex: European Court of Human Rights: Council of Europe. Dostupné z [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_CES.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_CES.pdf)

*Francie: Životní a pracovní podmínky.* (2019). Praha: MVPS Dostupné z <https://portal.mpsv.cz/eures/podminky/francie/#o8>

Friedlová, K. (2015). *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách.* Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Giger, J. N. (2013). *Transcultural nursing: Assessment & interventions.* St. Louis, Mo: Elsevier/Mosby.

- Heřmanová, J. (2012). *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada.
- Institut français de Prague. (2017). Dostupné z <https://www.ifp.cz/>
- Janáčková, L. (2009). *Praktická komunikace pro každý den*. Praha: Grada.
- Janáčková, L., & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál.
- Komunikační anamnestické karty Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje*. (2011). Plzeň: Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje.  
<https://www.komorazachranaru.cz/aktualita/plzenska-zachranka-zavadi-anamnesticke-karty-pro-komunikaci-s-cizinci>
- Komunikační karta pro Zdravotnickou záchrannou službu pro komunikaci s cizinci*. (2017). Praha: MZČR. Dostupné z [http://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-zdravotniky-a-pacienty-cizince\\_14084\\_3.html#](http://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-zdravotniky-a-pacienty-cizince_14084_3.html#)
- Komunikační karty pro pacienty cizince a zdravotníky*. (2016). Praha: MZČR. Dostupné z [https://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky\\_11725\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/komunikacni-karty-pro-pacienty-cizince-a-zdravotniky_11725_1.html)
- Křížová, E. (2018). *Zdraví - kultura - společnost*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum.
- Kutnohorská, J. (2009). *Výzkum v ošetrovateľství*, Praha: Grada.
- Kutnohorská, J. (2013). *Multikulturní ošetrovateľství pro praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Leová, M.T (2018). *Národní odlišnosti v porodnictví - péče o rodičku z Vietnamu*. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, PdF.
- Letos k nám přijelo nejvíc turistů od začátku tisíciletí*. (2017). Praha: ČSÚ. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/letos-k-nam-prijelo-nejvic-turistu-od-zacatku-tisicileti>
- Malá, T. (2018). *Zkušenosti všeobecných sester s péčí o cizince na jednotkách intenzivní péče*. (Diplomová práce). Brno: Masarykova Univerzita. Lékařská fakulta, PdF.
- Mikoláš, Z. (2017). *Jak se dívám na svět: Soudobé projevy globalizace*. Hradec Králové: TZ-one.
- Němečková, V. (2012). *Integrace Francouzů do české společnosti* (Bakalářská práce). Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, PdF.
- Olišarová, V., Tóthová, V., & Toumová, K. (2017). *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovateľskej péči*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

Paris: Centre tchèque: České centrum Paříž. (2019). Dostupné z <http://paris.czechcentres.cz/cs/>

Pease, A., & Pease, B. (2011). *Řeč těla*. Praha: Portál.

*Piktogramme zu Darreichungsformen, Einnahmezeitpunkt und möglichen Nebenwirkungen von Arzneimitteln (Apothekerkammer Westfalen-Lippe, FIP)*. (2015). Düsseldorf: Apothekerkammer Nordrhein. Dostupné z <https://www.aknr.de/apotheker/news.php?id=73&nid=128>

Plevová, I. (2011). *Ošetřovatelství II: komunikace, etika, člověk, jeho motivace a potřeby, paliativní péče, transkulturní ošetřovatelství, výchova ke vzdělání*. Praha: Grada. Průcha, J., 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada.

*Počet cizinců v ČR - předběžné čtvrtletní údaje; 2004/06 - 2018/06*. (2018) Praha: ČSÚ. Dostupné z [https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R02\\_201806.pdf/2ee2d133-3809-487b-a260-10a24d127a88?version=1.0](https://www.czso.cz/documents/11292/27320905/c01R02_201806.pdf/2ee2d133-3809-487b-a260-10a24d127a88?version=1.0)

Průcha, J. (2011). *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada.

Ralbovská, D. R. (2009). *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. Praha: Evropské vzdělávací centrum.

*Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care*. (2010) Livonia, MI: Transcultural Nursing Society: May Cultures one World. Dostupné z <https://tcns.org/standards/>

Špirudová, L. (2004). *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur: transkulturní péče v praxi, aneb, Jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik a kultur : uživatelský manuál pro lůžková zdravotnická zařízení v ČR (výstup dvouleté práce na projektu „Překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur“ pro MZ ČR)*. Olomouc: [s.n.]. Retrieved from <http://kramerus.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00179360>

Špirudová, L. (2006). *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada.

*The French way of life*. (2019). About France: A guide to France. Dostupné z <https://about-france.com/french-life.htm>

Tomová, Š., & Křivková, J. (2016). *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing.

Tošnerová, B. (2009). *Pardubické karty: pomoc cizincům bez znalosti češtiny*. Dostupné z <https://migraceonline.cz/cz/e-knihovna/pardubicke-karty-pomoc-cizincum-bez-znalosti-cestiny>

Tóthová, V. (2014). *Ošetrovatelský proces a jeho realizace* (2. aktualiz. vyd). Praha: Triton.

UKAPO-Kommunikationsmappe. (2016). Oldenburg: MEZUK. Dostupné z <https://www.mezuk.de/ukapo-kommunikationsmappe/>

Úřady cizích států pro ČR. (2019). Praha: MZV ČR. Dostupné z [https://www.mzv.cz/jnp/cz/o\\_ministerstvu/adresar\\_diplomatickych\\_misi/cizi\\_urady\\_pro\\_cr/index.html](https://www.mzv.cz/jnp/cz/o_ministerstvu/adresar_diplomatickych_misi/cizi_urady_pro_cr/index.html)

USNESENÍ předsednictva České národní rady ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky. (1993). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.

Věstník č. 9/2004 *Koncepce ošetrovatelství*. (2004). Praha: MZČR. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html)

Všeobecná deklarace lidských práv. (2015). Praha: UNIC. Dostupné z <https://www.osn.cz/?s=v%C5%A1eobecn%C3%A1+deklarace>

Vybíral, Z. (2009). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál.

Wiltavský, R. (2016). *Bezpečí komunikace s cizinci ve zdravotnických zařízeních* (Bakalářská práce). Praha: Univerzity Karlovy, 3. Lékařská fakulta, Pdf.

Yates, J. (2014). Starting out - Language barrier presented an inspiring learning experience. *Nursing Standard*, 28 (19), 28-28. Dostupné z <http://journals.rcni.com/doi/10.7748/ns2014.01.28.19.28.s33>

Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing.

Zákon č. 40/2009 Sb., *Zákon trestní zákoník*. (2009). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.

Zákon č. 89/2012 Sb., *Zákon Občanský zákoník*. (2012). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.

Zákon č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. (2011). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.



## Seznam zkratek

ADL – Barthelův test základních všedních činností

APACHE II – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation – Akutní fyziologické skóre

ART – arteriální katetr

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

ATB – antibiotika

BMI – body mass index

CVP – centrální žilní tlak

CT – computer tomography – počítačová tomografie

CŽK – centrální žilní katetr

ČAS – Česká asociace sester

ČSÚ – Český statistický úřad

DF – dechová frekvence

DV – dechový objem

EBR – erytrocytární koncentrát - Erytrocyty bez buffy coatu resuspendované

EKG – elektrokardiografie

ETNA – European Transcultural Nursing Association – evropská transkulturní asociace sester

ETK – endotracheální kanyla

FiO<sub>2</sub> – fraction of inspired oxygen O<sub>2</sub> – inspirační koncentrace kyslíku

G – gauge – velikost

GCS – Glasgow Coma Scale

HDŽ – horní dutá žíla

HKK – horní končetiny

i.v. – intravenózní

ICN – International council of nurses – Mezinárodní rada sester

Inf – infuze

iLTV – individuální léčebný tělocvik

L – lumbální

MEZUK – Methodenzentrum Unterstützte Kommunikation gUG

MPL – čerstvě mražená plazma

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MV – Ministerstvo vnitra České republiky

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

MZV ČR – Ministerstvo zahraničních věcí České republiky

NATO – severoatlantická aliance

NGS – nazogastrická sonda

P – pulz

PEEP – Positive End Expiratory Pressure – pozitivní tlak na konci výdechu

PMK – permanentní močový katetr

PNO – pneumotorax

PS – Pressure Support – tlaková podpora

RASS – Richmond Agitation and Sedation Scale – Hodnocení hloubky analgosedace

RFT – respirační fyzioterapie

RTG S+P – rentgenologické vyšetření srdce a plic

S – sakrální

s.c. – subkutánní – podkožní

SpO<sub>2</sub> – saturace krve kyslíkem

Th – thorakální – hrudní

TT – tělesná teplota

TK – tlak krve

TU – transfuzní jednotka

V-SIMV – synchronizovaná intermitentní zástupová ventilace

VS-CMV – objemově plně řízený ventilační režim

UNESCO – Organizace OSN pro vzdělání, vědu a kulturu

UNIC – United Nations Information Centre Prague – Informační centrum OSN v Praze

UPV – umělá plicní ventilace

## Seznam tabulek

|  |    |
|--|----|
| Tabulka 1: Farmakologická anamnéza .....                         | 38 |
| Tabulka 2: Lékařské diagnózy .....                               | 39 |
| Tabulka 3: Vstupní medikace při zavádění invazivních vstupů..... | 42 |
| Tabulka 4: Medikace před odjezdem na operační sál .....          | 42 |
| Tabulka 5: Medikace po operačním výkonu .....                    | 44 |
| Tabulka 6: Bilance tekutin po 1. dni hospitalizace.....          | 44 |
| Tabulka 7: Bilance tekutin po 2. dni hospitalizace.....          | 45 |
| Tabulka 8: Změna analgosedace 3. den hospitalizace.....          | 45 |
| Tabulka 9: Bilance tekutin po 3. dni hospitalizace.....          | 45 |

## Seznam obrázků

|  |    |
|--|----|
| Obrázek 1: Anamnestická zdravotní a jazyková komunikační karta pro ZZS Plzeň ..... | 30 |
| Obrázek 2: Piktogramy pro pochopení dávkování léků .....                           | 31 |
| Obrázek 3: Komunikační karta UKAPO .....   | 31 |

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Komunikační karty – Ošetřovatelství v IP – Francouzský jazyk

Příloha č. 2: Žádost o umožnění zpracování sběru dat v rámci bakalářské práce



# 1/ ZÁKLADNÍ

OŠETŘOVATELSTVÍ V IP - FRANCOUZSKÝ JAZYK

## BASE

|     |   |
|-----|---|
|     | Dobrý den / večer.  |
| 1.  | Bonjour / bonsoir<br>bonžúr / bonsuár   |
|     | Jmenuji se ... Jsem sestra / lékař / lékařka.   |
| 2.  | Je m'appelle ... Je suis infirmière / médecin.<br>žmapel ... je sui enfirmiér / medcé   |
|     | Jste v nemocnici. Jste na jednotce intenzivní péče / na ARO.  |
| 3.  | Vous êtes à l'hôpital. Vous êtes à l'unité de soins intensifs/ au service de réanimation<br>vuzet alopital. Vuzet alynite dsué entázif / oservis dreanimasjon |
|     | Rozumíte mi dobře?  |
| 4.  | Vous me comprenez bien?<br>vumkonprene bjen?  |
|     | Slyšíte mne?  |
| 5.  | Vous m'entendez bien?<br>vumantande bjen?   |
|     | Pokud mne slyšíte, stiskněte mi ruku / kývněte / zamrkejte.   |
| 6.  | Si vous m'entendez, serrez ma main / faites un signe / cillez<br>sivumantande sremamæen/ fetensiň / sije  |
|     | Pokud mi rozumíte ...   |
| 7.  | Si vous me comprenez ...<br>sivumkonprene...  |
|     | Otevřete oči prosím.  |
| 8.  | Ouvrez vos yeux, s'il vous plait.<br>uvrevozyjeu silvuple   |
|     | Vyplázněte jazyk prosím.  |
| 9.  | Tirez la langue, s'il vous plait<br>tirelalang silvuple   |
|     | Zvedněte levou / pravou ruku prosím.  |
| 10. | Levez la main gauche / droite, s'il vous plait.<br>lvelamen goš/ druat silvuple   |
|     | Zvedněte levou / pravou nohu prosím.  |
| 11. | Levez la jambe gauche / droite, s'il vous plait.<br>lvelažanb goš/ druat silvuple   |
|     | Zvedněte hlavu prosím.  |
| 12. | Levez la tête, s'il vous plait.<br>lvelatet silvuple  |
|     | Uklidněte se prosím.  |
| 13. | Calmez-vous, s'il vous plait.<br>kalmevu silvuple   |



# 1/ ZÁKLADNÍ

OŠETŘOVATELSTVÍ V IP - FRANCOUZSKÝ JAZYK

## BASE

|     |   |
|-----|---|
|     | Máte klidový režim na lůžku, nevstávejte.   |
| 14. | Restez en repos sur le lit, ne vous levez pas.<br>rsteanrpo syrlli nvulvepa   |
|     | Je nutné, aby jste ležel/a ve vodorovné poloze na zádech.   |
| 15. | Il est nécessaire que vous soyez couché horizontalement sur le dos.<br>ileneserér kvusuajekuše orizontanlman syrldo |
|     | Nesmíte sedět.  |
| 16. | Vous ne pouvez pas vous assoir.<br>vunpuvepa vuzasuár   |
|     | Posaďte se prosím.  |
| 17. | Essayez-vous, s'il vous plaît.<br>asejevu silvuple  |
|     | Dejte prosím nohy od sebe.  |
| 18. | Etendez vos jambes, s'il vous plaît.<br>etandevožánb silvuple   |
|     | Leží se Vám pohodlně?   |
| 19. | Vous êtes couché confortablement?<br>vuzetkuše confortablman?   |
|     | Budeme Vás polohovat.   |
| 20. | On va changer de position.<br>onvašanže dpozisjion  |
|     | Otočíme Vás na pravý bok / levý bok.  |
| 21. | On vous tourne sur le côté droite/gauche.<br>onuturn syrllkote druat / goš  |
|     | Otočte se na pravý bok / levý bok.  |
| 22. | Tournez-vous sur le côté droite /gauche.<br>turnevu syrllkote druat / goš   |
|     | Tímto ovladačem si můžete upravit polohu lůžka.   |
| 23. | Cet appareil peut vous arranger la position du lit.<br>setaparej peuvuzaranže lapozisjion dyli                      |
|     | Zvednu Vám pod hlavou.  |
| 24. | Je vous lève le lit sous la tête.<br>žvulév lli sulatet   |
|     | Pojedeme na vyšetření.  |
| 25. | On va passer une auscultation.<br>onvapase ynoskyltasjion   |
|     | Na výkon Vás uspíme.  |
| 26. | On vous endorme pour cette procédure.<br>onvuzandorm pursetprosedýr   |
|     | Potřebujete pomoci?   |
| 27. | Avez-vous besoin d'une aide?<br>avevubezuan dynéd?  |

## 1/ ZÁKLADNÍ BASE

OŠETŘOVATELSTVÍ V IP - FRANCOUZSKÝ JAZYK

|     |   |
|-----|---|
|     | Nebojte se.   |
| 28. | N'ayez pas peur.<br>nejepapéur  |
|     | Neplakejte.   |
| 29. | Ne pleurez pas.<br>npleurepa  |
|     | Návštěvy jsou povoleny odpoledne.   |
| 30. | Les visites sont permises dans les matinées.<br>levizit sonpermit danlematine   |
|     | Návštěvy jsou zakázány.   |
| 31. | Les visites sont interdites.<br>lesvizit sontenterdit                           |
|     | Rodina je informována.  |
| 32. | La famille a reçu les informations.<br>lafamij arsulezenformasjon               |
|     | Vaše věci má rodina.  |
| 33. | Votre famille a reçu vos affaires.<br>votrfamij arsu vozafér                    |
|     | Vaše věci jsou v úschovně.  |
| 34. | Vos affaires sont dans la consigne.<br>vozafér sondanlakonsiň                   |
|     | Cennosti jsou v trezoru.  |
| 35. | Vos objets de valeur sont dans le coffre-fort.<br>vozobžedvaléur sondanlkofrfór |
|     | Ten hluk / alarm vydávají přístroje.  |
| 36. | Les appareils font ce bruit / cette alarme.<br>lezaparej fonsbryji / setalarm   |

## 2/ VYPRAZDŇOVÁNÍ

### DÉFÉCATION

OŠETŘOVATELSTVÍ V IP - FRANCOUZSKÝ JAZYK

|     |   |
|-----|---|
|     | Potřebujete na stolicí?   |
| 1.  | Avez-vous besoin d'aller à la selle?<br>avevubzuen dale alasel?                             |
|     | Potřebujete močit?  |
| 2.  | Avez-vous besoin d'uriner?<br>avevubzuen dyrine?  |
|     | Přinesu Vám podložní mísu.  |
| 3.  | Je vous apporte un bassin hygiénique.<br>žvuzaport enbasen ižienik                          |
|     | Nadzvedněte zadek. Dám Vám podložní mísu.   |
| 4.  | Levez les fesses. Je vous mets un bassin hygiénique.<br>Ivelefes žvume enbasen ižienik      |
|     | Vyměním Vám plenkové kalhotky.  |
| 5.  | Je vous change des couches-culottes.<br>žvušanž dekuškylot                                  |
|     | Zavedu Vám rektální rourku do konečníku.  |
| 6.  | Je vous introduis un tuyau rectal dans le rectum.<br>žvuzentrodyi entyjo rektal danlrectom. |
|     | Zavedu Vám katetr do močového měchýře.  |
| 7.  | Je vous introduis un cathéter dans la vessie.<br>žvuzentrodyi enkateter danlavesi.          |
|     | Tento katetr Vám odvádí moč.  |
| 8.  | Ce cathéter vous emporte les urines.<br>skateter vuzanport lezyrin                          |
|     | Máte průjem / zácpu.  |
| 9.  | Avez-vous la diarrhée? Etes-vous constipé?<br>avevu ladijare? Etvukonstipe?                 |
|     | Zavedu Vám čípek do konečníku.  |
| 10. | Je vous introduis un suppositoire dans le rectum.<br>žvuzentrodyi ensypozitoár danlrektom   |
|     | Budu Vám aplikovat klyzma do konečníku.   |
| 11. | Je vais vous appliquer un clysma dans le rectum.<br>žvevuzaplike enklizma danlrektom        |



### 3/ SPÁNEK

#### SOMMEIL

#### OŠETŘOVATELSTVÍ V IP - FRANCOUZSKÝ JAZYK

|    |   |
|----|---|
|    | Dobré ráno.   |
| 1. | Bon matin.<br>bonmaten  |
|    | Jak jste se vyspal?   |
| 2. | Comment vous avez dormi?<br>komantavevu dormi?                          |
|    | Jste unavený / unavená?   |
| 3. | Etes-vous fatigué?<br>etvufatige?                                       |
|    | Potřebujete před spaním upravit lůžko?                                  |
| 4. | Avez-vous besoin d'arranger votre lit?<br>avevubzuen daranže votrí?     |
|    | Chcete zhasnout světlo?   |
| 5. | Voulez-vous éteindre?<br>vulevu etendr?                                 |
|    | Nemohu zhasnout všechna světla.   |
| 6. | Je ne peux pas éteindre toutes les lampes.<br>žnpeupa etendr tutlelanp  |
|    | Je noc. Měl/a byste již spát.   |
| 7. | Il fait déjà nuit. Vous devriez dormir.<br>ilfe dežanyi vudvrije dormir |
|    | Dobrou noc.   |
| 8. | Bonne nuit.<br>bonnyi   |

## 4/ STRAVA

### ALIMENTATION

|     |   |
|-----|---|
|     | Máte hlad?  |
| 1.  | Avez-vous faim?<br>avevufen?  |
|     | Chce se Vám zvracet?  |
| 2.  | Avez-vous envie de vomir?<br>avevu anvidvomir?  |
|     | Nesmíte nic jíst ani pít.   |
| 3.  | Vous ne pouvez pas ni manger ni boire.<br>vunpuvepa nimanže nibuar                          |
|     | Zvládnete se sám najíst?  |
| 4.  | Etes-vous capable de manger seul?<br>etvukapabl dmanžeseul?                                 |
|     | Pomohu Vám s jídlem.  |
| 5.  | Je vous aide à manger.<br>žvuzéd amanže   |
|     | Otevřete ústa, prosím.  |
| 6.  | Ouvrez la bouche, s'il vous plait.<br>uvrelabuš silvuple                                    |
|     | Polkněte.   |
| 7.  | Avalez.<br>avale  |
|     | Máte žízeň?   |
| 8.  | Avez-vous soif?<br>avevusuaif?  |
|     | Napijte se.   |
| 9.  | Buvez.<br>byve  |
|     | Měl/a byste hodně pít.  |
| 10. | Vous devriez boire beaucoup.<br>vudvrije buár boku  |
|     | Pijte brčkem. Musíte sát.   |
| 11. | Buvez avec la paille. Vous devriez sucer.<br>byve aveklapaj vudvrije syse                   |
|     | Budeme Vám podávat výživu sondou.   |
| 12. | On va vous appliquer l'alimentation par une sonde.<br>onvavuzaplike lalimantasjon parynsond |
|     | Dám Vám výživu do sondy.  |
| 13. | Je vous applique l'alimentation dans la sonde.<br>žvuzaplik lalimantasjon danlasond         |

## 5/ HYGIENA

### HYGIÈNE

|     |   |
|-----|---|
|     | Zvládnete se umýt?  |
| 1.  | Etes-vous capable de vous laver?<br>etvukapabl dvulave?   |
|     | Pomohu Vám s hygienou na lůžku.   |
| 2.  | Je vous aide à vous laver sur le lit.<br>žvuzéd avulave syrlli  |
|     | Zvládnete si vyčistit zuby?   |
| 3.  | Etes-vous capable de vous brosser les dents?<br>etvukapabl dvubrose ledan?                                    |
|     | Vyčistím Vám zuby.  |
| 4.  | Je vais vous brosser les dents.<br>žvevubrose ledan   |
|     | Vypláchněte si ústa.  |
| 5.  | Rincez-vous la bouche.<br>rensevulabuš  |
|     | Vyplivněte.   |
| 6.  | Crachez-vous.<br>kraševu  |
|     | Potřebujete umýt vlasy?   |
| 7.  | Avez-vous besoin de laver les cheveux?<br>avevubzuen dlave lešvevu?   |
|     | Umyji Vám vlasy.  |
| 8.  | Je vais vous laver les cheveux.<br>žvevulave lešvevu  |
|     | Namaži Vám záda, nohy, ruce.  |
| 9.  | Je vais vous appliquer la crème sur le dos, les jambes, les bras<br>žvevuzaplike lakrem syrldo, ležanb, lebra |
|     | Ustelu Vám postel.  |
| 10. | Je vais faire votre lit.<br>žvefér votrli   |
|     | Převléknu Vám postel.   |
| 11. | Je vais changer les draps de lit.<br>žvešannže ledra dli  |
|     | Učešu Vám vlasy.  |
| 12. | Je vais vous coiffer les cheveux.<br>žvevukuafe lešvevu   |
|     | Oholím Vás.   |
| 13. | Je vais vous raser.<br>žvevukuafe raze  |
|     | Pomohu Vám s holením.   |
| 14. | Je vous aide à vous raser.<br>žvuzéd avuraze  |

## 6/ BOLEST

### DOULEUR

Bolí Vás něco?

1. Qu'est-ce qui vous fait mal?  
keski vufemal?

Kde Vás to bolí? Ukažte mi to.

2. Montrez-moi ce qui vous fait mal.  
montremua skivufemal

Dám Vám léky na bolest.

3. Je vous donne les médicaments contre la douleur.  
žvudon lemedikaman kontr laduléur

Dám Vám injekci proti bolesti.

4. Je vous applique une piqûre contre la douleur.  
žvuzaplik ynpikýr kontr laduleur

Namaži Vám to.

5. Je vais vous appliquer un onguent.  
žvevuzaplike ennongan

Bolí Vás ... ?

6. Avez-vous mal .... ?  
avevumal ...?



## 7/ DÝCHÁNÍ

OŠETŘOVATELSTVÍ V IP - FRANCOUZSKÝ JAZYK

### RESPIRATION

Dýchá se Vám dobře?

1. **Respirez-vous bien?**  
rspiřevu bjen?

Dýchá s Vámi dýchací přístroj.

2. **Vous respirez avec un appareil respiratoire.**  
vurspire avekennaparej rspiratuár

Podávám Vám kyslík nosními brýlemi / maskou.

3. **Je vous applique de l'oxygène par les lunettes nasales /la masque.**  
žvuzaplik dloxižen parlelynet nazal / lamask

Zakašlete prosím.

4. **Toussez-vous, s'il vous plaît.**  
tusevu silvuple

Vyplivněte.

5. **Crachez-vous.**  
kraševu

Dám Vám inhalaci.

6. **Je vous applique une inhalation.**  
žvuzaplik ynennalasjon

Dýchejte zhluboka.

7. **Respirez-vous profondément.**  
rspiřevu profondeman

Nedýchejte chvíli.

8. **Ne respirez pas pour un moment.**  
nrspiřepa purenmoman



## 8/ FYZIOLOGICKÉ FUNKCE

OŠETŘOVATELSTVÍ V IP - FRANCOUZSKÝ JAZYK

### FONCTIONS PHYSIOLOGIQUE

|    |   |
|----|---|
|    | Změřím Vám tlak.  |
| 1. | Nous vous mesurons la tension.<br>nuvumezyron latansjon   |
|    | Nandám Vám tlakovou manžetu.  |
| 2. | Je vous mets une manchette de tension.<br>žvume ynmanšet dtansjon   |
|    | Připojím Vás k trvalé monitoraci.   |
| 3. | Je vais vous brancher la surveillance permanente.<br>žvevubranše lasyrvejans permanent                          |
|    | Nalepím Vám elektrody na snímání Ekg.   |
| 4. | Je vous pose des électrodes pour faire un électrocardiogramme.<br>žvupoz dezelektrod purfēr enelektrocardiogram |
|    | Tento katetr Vám měří tlak.   |
| 5. | Ce cathéter vous mesure la tension.<br>skateter vumezyr latansjon   |
|    | Tento kolíček monitoruje Vaše dýchání. Ponechte si ho na prstě.   |
| 6. | Cet appareil contrôle votre respiration.<br>setaparej kontrol votr rspirasjon                                   |
|    | Natočím Vám Ekg.  |
| 7. | Je vais faire un électrocardiogramme.<br>žvefēr enelektrocardiogram   |

## 9/ INVAZIVNÍ VSTUPY

OŠETŘOVATELSTVÍ V IP - FRANCOUZSKÝ JAZYK

### ENTRÉES

|     |   |
|-----|---|
|     | Zavedu Vám žilní katetr. Nehýbejte se prosím.   |
| 1.  | Je vous pose le cathéter. Ne bougez pas, s'il vous plaît.<br>žvupóz lkateter nbužepa silvuple   |
|     | Lékař Vám zavede centrální žilní katetr. Budete dostávat infúze.  |
| 2.  | Le médecin vous pose le cathéter central veineux. Vous allez obtenir des infusions.<br>Imedsen vupóz lkateter sentral veneu vuzale obtenir dedifyzjon |
|     | Lékař Vám zavede arteriální katetr. Bude Vám měřit tlak.  |
| 3.  | Le médecin vous pose le cathéter artériel. Il va vous mesurer la tension.<br>Imedsen vupóz lkateter arteriel ilvavumezyre latansjon                   |
|     | Zavedeme Vám žaludeční sondu nosem.   |
| 4.  | On va vous introduire une sonde nasogastrique.<br>onvavuzzentrodyir ynsond nazogastrik  |
|     | Budeme Vám podávat výživu sondou.   |
| 5.  | On va vous appliquer l'alimentation par la sonde.<br>onvavuzaplike lalimentasjon parlasond  |
|     | Máte zavedený močový katetr / drén.   |
| 6.  | Vous avez un cathéter urinaire/un drain.<br>vuzave enkateter yrinér / endren  |
|     | Máte zavedenou kanylu do dýchacích cest.  |
| 7.  | On vous a introduit une canule dans les voies respiratoires.<br>onvuzaeintrodyi ynkanyl danlevua rspiratuár   |
|     | Dýchá s Vámi dýchací přístroj.  |
| 8.  | Vous respirez avec un appareil respiratoire.<br>vurspire avekennaparej rspiratuár   |
|     | Nemůžete mluvit.  |
| 9.  | Vous ne pouvez pas parler.<br>vunpuveparle  |
|     | Nekousejte tu hadičku v ústech.   |
| 10. | Ne mâchez pas ce tube dans la bouche.<br>nmašepa stúb danlabuš  |
|     | Nesahejte, prosím, na tyto hadičky.   |
| 11. | Ne touchez pas ces tubes, s'il vous plaît.<br>ntušepa setýb silvuple  |
|     | Pohybujte se opatrně. Ublížíte si. Máte zaveden ...   |
| 12. | Bougez avec prudence. Vous allez vous faire mal. On vous a introduit ...<br>buže avekprydans vuzalevuférmal onvuzaeintrodyi ...                       |

## 10/ LÉKY

### MÉDICAMENTS

Spolkněte prosím tyto léky.

1. **Avalez ces médicaments, s'il vous plait.**  
avale cemedikaman sil vuple

Nakapu Vám do očí.

2. **On va vous instiller les gouttes dans les yeux.**  
onvavuzenstije legut danlezyjon

Nakapu Vám do uší.

3. **On va vous instiller les gouttes dans les oreilles.**  
onvavuzenstije legut danlezorej

Zavedu Vám čípek do konečníku.

4. **Je vais vous introduire une suppositoire dans le rectum.**  
žvevuzentrodyir ynsypozituar danlrektom

Podám Vám léky do žíly.

5. **Je vais vous mettre des médicaments dans la veine.**  
žvevumetr demedikaman danlavén

Podám Vám infuzi.

6. **Je vais vous mettre une perfusion.**  
žvevumetr ynperfysjon

Dostanete krevní transfuzi.

7. **On vous met une transfusion sanguine.**  
onvume yntransfysjon sangen

Dostáváte infuze / výživu do žíly.

8. **On vous met une perfusion/ alimentation dans la veine.**  
onvume ynperfysjon / alimantasjon danlavén

Píchnu Vám injekci do svalu / pod kůži / inzulin.

9. **Je vous fais une piqûre dans le muscle/ sous la peau/de l'insuline.**  
žvufe ynpikyr danlmyskl / sulapo / dlenzulin

Tuto tabletu si nechte rozpustit pod jazykem.

10. **Faites cette pilule fondre sous la langue.**  
fetsetpilyl fondr sulalang



## 11/ KŮŽE

### PEAU

|     |  |
|-----|--|
|     | Namažu Vám kožní defekt.   |
| 1.  | Je vais vous graisser un défaut dermique<br>žvevugrese endefo dermik |
|     | Máte otoky.  |
| 2.  | Vous avez des enflures.<br>vuzave dezanflýr                          |
|     | Máte ekzém.  |
| 3.  | Vous avez un eczéma.<br>vuzave enekzema                              |
|     | Máte operační ránu.  |
| 4.  | Vous avez une plaie chirurgicale.<br>vuzave ynple širyžikal          |
|     | Nesahejte si na ránu.  |
| 5.  | Ne touchez pas votre plaie.<br>ntušepa votrple                       |
|     | Neodlepujte si to.   |
| 6.  | Ne le décollez pas.<br>nldekolepa                                    |
|     | Nesundávejte si to.  |
| 7.  | Ne l'enlevez pas.<br>nlanlevepa                                      |
|     | Provedeme převaz rány.   |
| 8.  | On va changer les pansements.<br>onvašanže lepanzman                 |
|     | Budeme ošetřovat proleženiny.  |
| 9.  | On va traiter les escarres.<br>onvatrete lezeskár                    |
|     | Vyměním Vám obklad.  |
| 10. | Je vais vous changer des compresses.<br>žvevušanže dekonpres         |
|     | Vyměním Vám led.   |
| 11. | Je vais vous changer de la glace.<br>žvevušanže dlaglas              |
|     | Neškrábejte se.  |
| 12. | Ne vous grattez pas.<br>nvugratepa                                   |

## 12/ ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU

OŠETROVATELSTVÍ V IP - FRANCOUZSKÝ JAZYK

### PRISES

|    |   |
|----|---|
|    | Odeberu Vám krev ze žíly. Nehýbejte se.   |
| 1. | Je vous prends du sang de la veine. Ne bougez pas.<br>žvupran dysan dlavén nbužepa  |
|    | Odeberu Vám krev z prstu.   |
| 2. | Je vous prends du sang de votre doigt.<br>žvupran dysan dvotr dua   |
|    | Odebereme Vám sputum na vyšetření.  |
| 3. | On vous prend de l'expectoration pour un examen.<br>onvupran dlexpektorasjon purennexaman   |
|    | Pokuste se vykašlat sputum do této zkumavky.  |
| 4. | Essayez de cracher les expectorations dans cette éprouvette.<br>eseje dkraše lezexpektorasjon dansetepruvet   |
|    | Udělám Vám výtěr z krku. Otevřete hodně ústa.   |
| 5. | Je vais vous faire un frottis de la gorge. Ouvrez la bouche.<br>žvevufér enfrotis dlagorž uvre labuš  |
|    | Udělám Vám výtěr z nosu.  |
| 6. | Je vais vous faire un frottis du nez.<br>žvevufér enfrotis dyne   |
|    | Udělám Vám výtěr z rektu / pochvy. Otočte se, prosím, na bok. Roztáhněte nohy.  |
| 7. | Je vais vous faire un frottis du rectum/ du vagin. Allongez-vous sur le côté. Etendez vos jambes.<br>žvevufér enfrotis dyrektom / dyvažen. alanževu syrllkote. Etandez vožánb |

**Příloha č. 2 Žádost o umožnění zpracování sběru dat v rámci bakalářské práce**

**Žádost o umožnění** ..... **bakalářské, diplomové nebo rigorózní práce**

Příjmení a jméno žadatele ..... *KORFELOVÁ LENEKA* .....

Kontaktní adresa ..... ..

Telefon: ..... E-mailová adresa: .....

Škola/fakulta ..... *1. LF UNIVERSITA KARLOVA* .....

Obor studia: ..... *VĚDECKÁ PRÁCE* .....

Téma závěrečné práce: ..... *MULTIKULTURNÍ KOMUNIKACE NA JEDNOTĚ IP* .....

.....

Termín sběru dat: ..... *17.-21.12.2018* .....

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: ..... *ALO-LET* .....

Zjišťované informace: ..... *MULTIKULTURNÍ KOMUNIKACE NA JEDNOTĚ INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE* .....

.....

Forma prezentace dat: ..... *BAKALÁŘSKÁ PRÁCE* .....

**Poučení žadatele:**

1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen, je podložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.
4. Prezentace výsledků s uvedením jména ..... je možná pouze se souhlasem ředitele .....

Datum: ..... *3.12.2018* ..... Podpis žadatele: ..... *[Podpis]* .....

**Vyjádření** .....

Úhrada v celkové výši: ..... Kč ..... Podpis odd. vzdělávání: .....

Vyjádření vedoucího pracoviště: ..... *[Souhlasím / nesouhlasím]* .....

V Praze dne: ..... *3.12.2018* ..... Podpis: .....

Vyjádření náměstka ředitele: ..... *[Souhlasím / nesouhlasím]* .....

..... *- 6 -12- 2018* .....

V Praze dne: ..... Podpis: .....

[illegible]

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |